



SÃO PAULO
GOVERNO DO ESTADO
SÃO PAULO SÃO TODOS

Governo do Estado de São Paulo
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília
Núcleo de Gestão de Processos e Qualidade

PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA - HCFAMEMA

Nº do Processo: 144.00002721/2024-31

Assunto: PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO

CÓDIGO: HCF-CCOM-PO-4

REVISÃO: 0

1. OBJETIVO

Facilitar a identificação e avaliação das lesões por pressão (LPP);
Garantir medidas de prevenção da ocorrência de LPP seguindo as normas preconizadas pela ANVISA e Ministério da Saúde, aplicando a Escala de BRADEN na SAE;
Definir a assistência quando identificadas LPPs.

2. APLICAÇÃO

Departamento de Atenção à Saúde Ambulatorial Especializada e Hospital Dia;
Departamento de Atenção à Saúde em Alta Complexidade;
Departamento de Atenção à Saúde Materno Infantil.

3. RESPONSABILIDADE

Este protocolo aplica-se a equipe multidisciplinar para o manejo dos pacientes que possuem LPP ou risco de desenvolvê-la nas unidades assistenciais dos departamentos.

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	<ul style="list-style-type: none">- Participar do planejamento, execução e avaliação dos cuidados;- Participar e solicitar parecer técnico da Comissão Especializada em Tratamento de Feridas, quando necessário;- Realizar referência para serviços especializados ou especialistas, quando necessário;- Participar de grupos de estudos e envolver-se em capacitações de novas técnicas e tecnologias;- Realizar a contrarreferência dos pacientes com LPP para as unidades de atenção primária;- Esclarecer as dúvidas do paciente/família quanto ao acompanhamento ambulatorial, após alta hospitalar.
-------------------------------------	---

<p>ENFERMEIRO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar e classificar o paciente com risco para LPP (risco individual e perfil de risco por unidade); - Realizar a prescrição de ações preventivas para LPP nos pacientes identificados com riscos baixo, moderado e alto; - Verificar o estado de conservação dos dispositivos de mobilização e de redução de pressão e informar os serviços competentes, para reparos ou substituição; - Registrar o risco de LPP, a que o paciente está exposto, na placa de identificação à beira leito; - Prescrever a terapia tópica e o período de troca do curativo, conforme estabelecido neste protocolo; - Realizar os curativos de LPP de maior complexidade; - Realizar o debridamento da LPP com instrumental conservador, se indicado; - Avaliar e evoluir a lesão a cada troca de curativo - Notificar os casos de LPP (estágios 1, 2, 3,4), não estadiável, tissular profunda ou causadas por dispositivos médicos junto ao Núcleo de Segurança. - Capacitar/Supervisionar/Orientar/Monitorar a equipe de enfermagem quanto à adesão as medidas de prevenção e tratamento da LPP e ao preenchimento dos formulários de registros.
<p>TÉCNICO/AUXILIAR DE ENFERMAGEM</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Implementar e checar o plano de intervenções de prevenção e tratamento prescrito pelo enfermeiro; - Realizar o curativo da LPP, conforme prescrição; - Registrar as características da LPP no prontuário - Comunicar qualquer alteração e não conformidades observadas ao enfermeiro.
<p>MÉDICO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Solicitar exames laboratoriais para a avaliação bioquímica; - Monitorar e intervir nos fatores intrínsecos e sistêmicos do paciente que o predispõe ao risco de LPP; - Realizar a prescrição dietética de macro e micronutrientes e suplementação com aminoácidos e imunomoduladores, incluindo a hidratação oral, de acordo com as necessidades de cada paciente; - Prescrever a terapia tópica e o período de troca do curativo, conforme estabelecido neste protocolo; - Realizar os curativos de LPP; - Avaliar e evoluir a lesão a cada troca de curativo no prontuário; - Realizar debridamento cirúrgico em LPP estágios 3 e 4 com complicações e sem evolução conforme especialidade medica; - Intervir cirurgicamente na LPP não infectada que esteja com borda descolada, enrolada, fibrótica e hipergranulada; com loja e/ou com perda substancial de tecido. - Intervir nos casos diagnosticados ou suspeitos de LPP estágio 4, para investigação de osteomielite (a cargo das especialidades de ortopedia e infectologia); - Solicitar a cultura microbiológica da lesão, quando observado sinais sugestivos de infecção; - Prescrever terapia antimicrobiana sistêmica, quando necessário.
<p>NUTRICIONISTA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar a consulta nutricional (avaliação clínica, bioquímica e antropométrica), mediante solicitação da equipe, para identificar os pacientes com fatores de risco nutricional; - Adequar à prescrição dietética incluindo a suplementação, de acordo com as necessidades do paciente; - Acompanhar os exames laboratoriais para a avaliação bioquímica e nutricional (proteínas totais e frações, glicemia, vitamínicos e hemograma); - Realizar a evolução clínica e nutricional dos pacientes com risco ou LPP instalada e adequar a prescrição dietética, se necessário; - Acompanhar os pacientes com risco para LPP, mediante solicitação, e adequar a prescrição dietética por via oral ou cateter enteral.
<p>FISIOTERAPEUTA E TERAPEUTA OCUPACIONAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promover e participar do plano de trabalho para prevenção de LPP, referente às ações de mobilização, de redução da sobrecarga tissular e de utilização de superfícies especiais de suporte.

FONOAUDIÓLOGO	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar avaliação fonoaudiológica dos pacientes com risco para disfagia (avaliação estrutural e funcional da deglutição), mediante interconsulta, e acompanhá-los, quando necessário; - Indicar a adequação da consistência da dieta oferecida via oral ou de vias alternativas de alimentação, quando for o caso; - Orientar o paciente, o cuidador e a equipe de enfermagem sobre o modo de realizar a oferta da dieta e da hidratação, atendendo as necessidades do paciente; - Realizar a terapia de deglutição por meio de exercícios ativo-assistidos, estimulação de sensibilidade e treino funcional de deglutição.
PSICÓLOGO	- Realizar acolhimento e atendimento psicológico ao paciente, familiares e ou acompanhantes, conforme demanda apresentada.
ASSISTENTE SOCIAL	- Pesquisar a realidade social do paciente e da rede social de apoio do município de referência e tomar providências, quando possíveis.

4. ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
DASAC – Departamento de Atenção à Saúde em Alta Complexidade;
DASAMB – Departamento de Atenção à Saúde em Atendimento Ambulatorial;
DASMI – Departamento de Atenção à Saúde Materno Infantil;
HCFAMEMA – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília;
LPP – Lesão Por Pressão;
NPUAP - National Pressure Ulcer Advisory Panel.
SAE- Sistematização de Enfermagem

5. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS/FERRAMENTAS

5.1 MATERIAIS

Conforme avaliação para prevenção e tratamento.

5.2 EQUIPAMENTOS

Não se aplica.

5.2 FERRAMENTAS

Anexo I – Escala de Braden;
Anexo II- Banner Educativo;
Anexo III- Fluxograma I;
Anexo IV – Fluxograma II.

6. CONCEITOS E FUNÇÕES

6.1 PELE

A pele recobre toda a superfície do corpo e é o maior órgão do corpo humano, apresenta várias funções importantes: proteção, barreira impermeável, regulação da temperatura corporal, barreira contra micro-organismos, excreção de sais, síntese de vitamina D, entre outros. É constituída por camadas:

- Epiderme: camada externa, composta pelos queratinócitos, os melanócitos e as células de Langerhans;
- Derme: é uma espessa camada de tecido conjuntivo que se estende da epiderme até o tecido subcutâneo. Nesta camada situam-se os anexos da pele, os vasos sanguíneos, vasos linfáticos e nervos. A derme contém muitos tipos de células: fibroblastos e fibrocitos, macrófagos, mastocitos, leucocitos, neutrófilos, linfocitos, monocitos.

Além disso, os plexos vasculares (que fornecem sangue para epiderme), as terminações nervosas sensoriais (mantém o contato com ambiente);

- Hipoderme: é constituída principalmente por células adiposas resultando como função principal promover proteção mecânica, ser reserva energética e isolante térmica.

6.2 FERIDAS E PROCESSO CICATRICIAL

As feridas são rupturas estruturais e fisiológicas do tegumento, que proporcionam a descontinuidade do tecido, são na maioria das vezes extremamente dolorosas sendo necessário compreender o processo de cicatrização para seu manejo. O processo de cicatrização é um fenômeno biológico que se inicia após a lesão tecidual de qualquer natureza, pode ser dividido em três fases:

- Fase inflamatória: tem duração aproximada de 72 horas e se caracteriza pelo aumento da permeabilidade capilar, fluxo de leucócitos para local da lesão e liberação de mediadores químicos (histamina, serotonina, leucotaxina, bradicinina, prostaglandinas, tromboxanos e linfocinas);
- Fase regenerativa: pode durar entre 1 a 14 dias e caracteriza-se pela formação do tecido de granulação, os fibroblastos estimulam a produção de colágeno e a angiogênese promove a eliminação de coágulos de fibrina e formação de uma neovascularização;
- Fase de maturação: pode durar até 6 meses, ocorre a maturação das fibras colágenas. O tecido cicatricial previamente formado sofre remodelação, e o alinhamento das fibras é reorganizado para aumentar a resistência do tecido e diminuir a espessura da cicatriz.

Fatores que podem influenciar no processo de cicatrização: a idade, as alterações da irrigação sanguínea, a hipóxia pode diminuir a resistência do tecido, desnutrição, flutuações de temperatura, patologias associadas (Diabetes, doenças imunológicas, insuficiência vascular), desidratação, localização da ferida, tipos de tecidos (presença de músculo, osso ou tendão), infecção, Stress Mecânico (pressão ou fricção) e a presença de necrose.

Tipos de cicatrização:

- Cicatrização por primeira intenção: aproximação dos bordos da ferida por suturas manuais, agrafos, clips ou pele plástica;
- Cicatrização por segunda intenção: lesões com perdas extensas de tecido e grandes superfícies. As feridas são abertas e encerram pelo processo gradual de granulação, contração e epitelização;
- Cicatrização por cobertura biológica: a cicatrização ocorre pela aplicação de retalhos livres de pele na superfície da ferida.

O processo diagnóstico de uma lesão tecidual deve considerar a pessoa portadora da lesão como ponto de partida para o tratamento eficaz e eficiente, assim como a caracterização dessa lesão tecidual. Portanto, o diagnóstico deve basear-se em anamnese, exame físico e avaliação da ferida e pele perilesional (AFONSO et al., 2014).

A avaliação da ferida deve contemplar os seguintes aspectos: etiologia, localização, dimensões, existência de fístulas, exsudatos, odor, dor, tipo de tecido/leito da ferida, bordos da ferida e pele perilesional, sinais de colonização/infecção (AFONSO et al., 2014).

6.3 LESÃO POR PRESSÃO

Definida como lesão crônica localizada da pele e/ou tecido subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante da pressão ou da combinação entre pressão e cisalhamento, causado pela fricção. Ocorrem com maior frequência nas regiões sacrococcígea, trocantérica, escapular, occipital, maleolar e calcâneos.

A LPP, quando ocorrida após a admissão do indivíduo no serviço de saúde, é reconhecida como um evento adverso potencialmente evitável e também considerada como um marcador da qualidade da atenção à saúde tornando-se um grande desafio aos gestores e profissionais (BRASÍLIA, 2019).

A fisiopatologia da LPP descreve quatro mecanismos sobre os tecidos moles em resposta à carga mecânica: isquemia localizada, o fluxo prejudicado do fluido intersticial e drenagem linfática, lesão de reperfusão e deformação celular persistente.

Os fatores predisponentes a LPP podem ser extrínsecos: umidade; calor; pressão, força de cisalhamento e fricção; ou intrínsecos: índice de massa corporal (IMC) > 30 Kg/m² e < 14,5 Kg/m², anemia, deficiência nutricional protéica; 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 (corticóides; sedativos; anestésicos, vasoativas).

Como aqueles indivíduos que se encontram imóveis (confinados a cama e cadeira de rodas), deve-se notar que quanto menor a área do corpo pressionada, maior a intensidade da pressão, neste grupo estão os usuários com alterações na percepção sensorial, indivíduos com paraplegia, coma, submetidos à cirurgia de grande porte, pós-trauma sedados, restrição mecânica com aparelhos gessados ou trações ortopédicas.

A ocorrência da lesão vai variar de acordo com a intensidade, duração e tolerância da pele e de estruturas subjacentes para suportá-la. Quando a pressão sanguínea diminui (desidratação, enfermidade cardiovascular, sepse) pode ocorrer uma compressão capilar exagerada que impede o suprimento de fluxo sanguíneo ocorrendo a isquemia, hipóxia, acidose tissular, edema e necrose celular.

Outros fatores que contribuem para o aparecimento da LP é quando o suprimento sanguíneo cutâneo é reduzido pelo aumento da pressão externa sobre a pressão capilar (normalmente capilar arterial 32mmHg e venoso 12mmHg). Isto depende da natureza dos próprios tecidos e da habilidade da pele e das estruturas de suporte (vasos sanguíneos, colágeno, fluido intersticial) em redistribuir a pressão aplicada na superfície do tecido. O tecido muscular é o mais sensível à pressão e a isquemia.

A lesão pode se apresentar como pele intacta ou aberta como resultado de pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. O cisalhamento é causado pela interação da gravidade com a fricção, exercendo forças paralelas na pele. É o que ocorre quando a cabeceira da cama é elevada acima de 30°, na qual o esqueleto tende a escorregar, obedecendo à força da gravidade, mas a pele permanece no lugar (ROGENSKI, 2014).

A fricção é criada pela força de duas superfícies, movendo-se uma sobre a outra, provocando a remoção das células epiteliais e causando abrasões e lesões semelhantes a queimaduras de segundo grau. Exemplo disso é o fato de arrastar o paciente no leito ao invés de levantar (ROGENSKI, 2014).

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO - DIRETRIZES ASSISTENCIAIS

7.1 ETAPA 1 – AVALIAÇÃO

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. 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.

7.1.1 AVALIAÇÃO DE RISCO PARA DESENVOLVIMENTO DE LPP

A avaliação do risco para desenvolvimento de LPP para pacientes com mais de 05 anos deverá ser executada através da Escala de Braden (ANEXO 1), e que também se encontra no FAMEMA Sistemas. A escala de Braden caracteriza os riscos que os pacientes possuem 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 preditivas são, entretanto, um parâmetro que deve ser utilizado em associação à avaliação clínica do enfermeiro.

A avaliação de risco para esse tipo de lesão deverá ser realizada o mais precocemente (recomendável dentro das primeiras 8 horas) após a admissão do usuário na unidade.

7.1.2 AVALIAÇÃO DA LPP JÁ INSTALADA

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) estabelece na Resolução 358/2009, que trata sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem a obrigatoriedade do registro das características da pele e lesões do paciente:

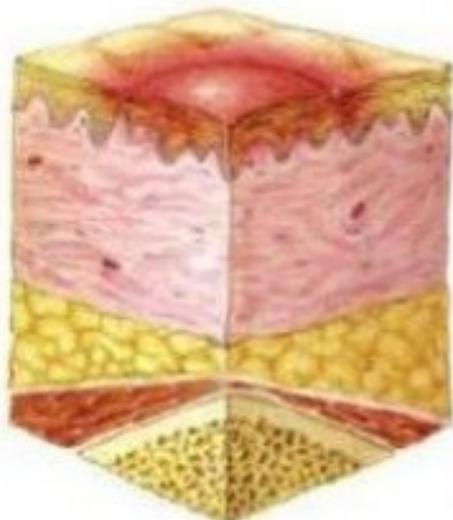
- O registro da LPP no prontuário do paciente é de fundamental importância para o seguimento do cuidado prestado em suas diversas etapas, o planejamento assistencial da equipe multiprofissional e a segurança do paciente.
- Devem ter uma linguagem objetiva e mensurável, sendo que as informações devem permitir acompanhar a evolução da ferida.
- O registro da lesão deverá ser realizado diariamente no prontuário do paciente, ou todas às vezes que se fizerem necessárias, pela equipe de enfermagem.
- Registrar a cada troca de curativo, bem como as características da LPP.

- Descrever os procedimentos realizados durante o curativo: Técnica de limpeza do curativo, coberturas utilizadas para leito da ferida e como a lesão foi ocluída.
- A avaliação da LPP deverá ocorrer às trocas de curativo registradas no prontuário do paciente, conforme orientação acima.
- As LPP deverão ser avaliadas quanto as características da lesão (estadiamento; tipo de tecido; exsudato; espaço morto; bordas) e da pele adjacente e registradas no prontuário.

ESTADIAMENTO: é uma classificação que ajuda os profissionais de saúde a entender a gravidade da LPP e a direcionar estratégias de cuidado apropriadas. A classificação mais comumente utilizada é a proposta Classificação de LPP (NPUAP, 2016), que divide as lesões em quatro estágios.

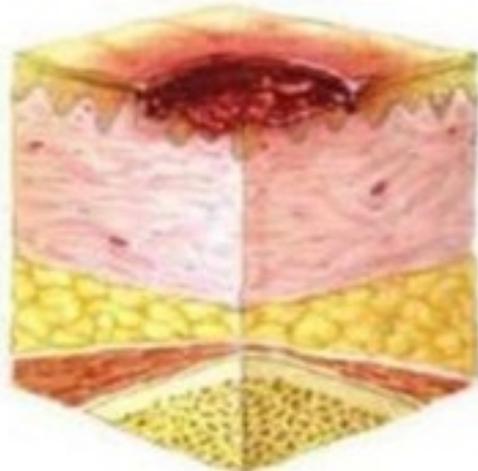
ESTÁGIO I – pele íntegra com eritema não branqueável, após a remoção de pressão, ou com alterações na sensação, temperatura ou consistência. No paciente de pele escura pode ser observada a descoloração da pele; Mudanças na cor não incluem descoloração púrpura ou castanha; essas podem indicar dano tissular profundo.

Figura 1 - Lesão por pressão estágio 1.



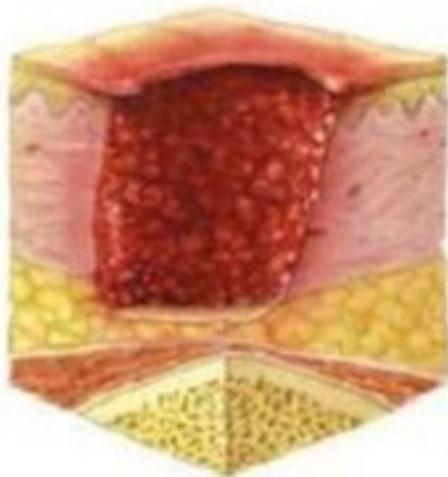
ESTÁGIO II – perda parcial da espessura da pele com exposição da derme. Leito da ferida é viável, rosa ou vermelho, úmida e pode se apresentar como uma flictena com exsudato seroso intacto ou rompido. O tecido adiposo e tecidos profundos não são visíveis. Tecido de granulação, esfacelo e necrose não estão presentes. Esse estágio não deve ser usado para descrever as lesões associadas à umidade, dermatites ou as feridas traumáticas (lesões por fricção, queimaduras, abrasões).

Figura 2 - Lesão por pressão estágio 2.



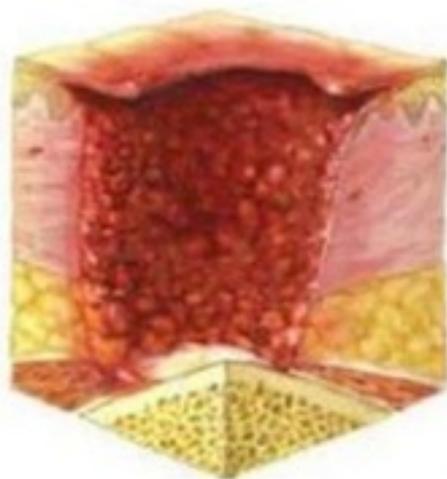
ESTÁGIO III – perda total da espessura pele na qual a gordura é visível e, frequentemente, tecido de granulação e epíbole (lesão com bordas enroladas) estão presentes. Esfacelo e /ou necrose pode estar visível. A profundidade do dano tissular varia conforme a localização anatômica; áreas com adiposidade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

Figura 3 - Lesão por pressão estágio 3.



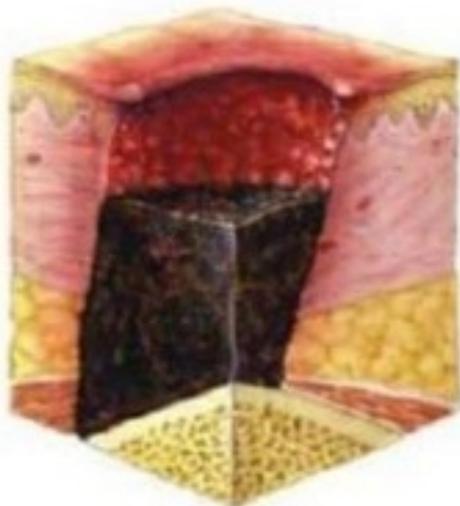
ESTÁGIO IV – perda da espessura total da pele e perda tissular. Possível comprometimento de fáscia, músculos, ossos, tendões e/ou nervos. Esfacelo e/ou necrose podem ser visíveis. Bordas despregadas e/ou Epíbole (lesão com bordas enroladas), descolamentos e/ou tunelização ocorrem frequentemente. Quando o esfacelo ou necrose prejudica a identificação da extensão deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável.

Figura 4 - Lesão por pressão estágio 4.



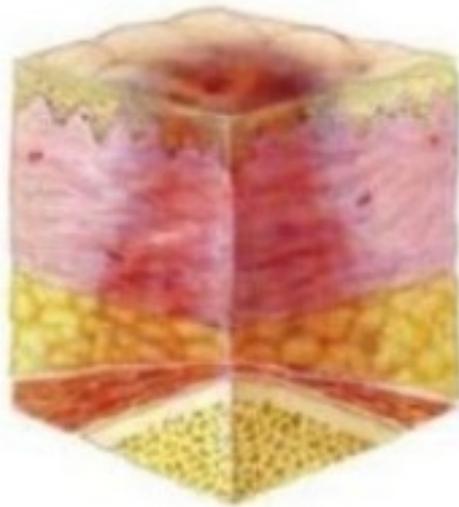
LESÃO POR PRESSÃO NÃO ESTADIÁVEL – perda da pele em sua espessura total e perda tissular profunda não visualizável, devido à cobertura densa de esfacelo tecido necrótico;

Figura 5 - Lesão por pressão não classificável.



LESÃO POR PRESSÃO TISSULAR PROFUNDA – pele intacta ou não intacta com área vermelha escuro persistente não branqueável, descoloração marrom ou roxa ou separação da epiderme revelando um leito da ferida escuro ou com flictena de sangue. Presente dor e alteração de temperatura local; resulta de pressão intensa e/ou prolongada e de cisalhamento na interface osso-músculo. Não se deve utilizar a categoria Lesão por Pressão Tissular Profunda (LPTP) para descrever condições vasculares, traumáticas, neuropáticas ou dermatológicas.

Figura 6 - Lesão por pressão tissular profunda.



LESÃO POR PRESSÃO RELACIONADA A DISPOSITIVO MÉDICO – a lesão em pele geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo, resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. Essas lesões são categorizadas pelo sistema de classificação de LPP;

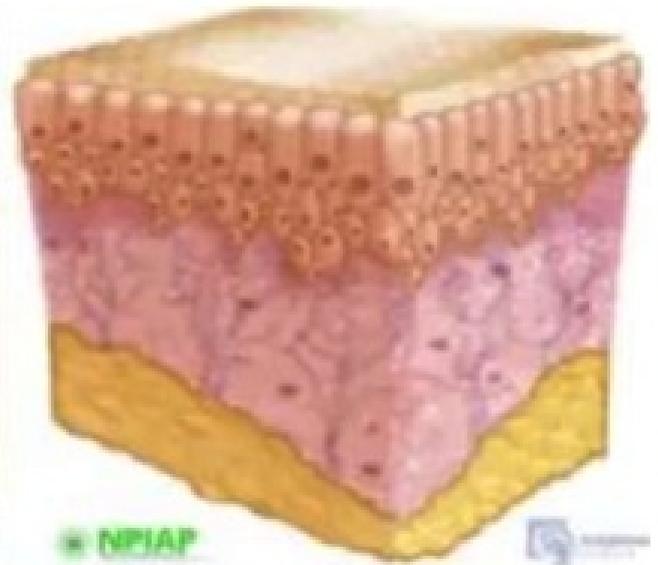
Figura 7 - Lesão por pressão relacionada a dispositivo médico.



LESÃO POR PRESSÃO EM MEMBRANAS MUCOSAS - lesões em mucosas relacionadas ao uso de dispositivos médicos no local do dano. Essas lesões não podem ser categorizadas.

Figura 08 – LP em membranas e mucosas

FORTE: NPIUAP, 2016.



AValiação DO TECIDO, EXSUDATO, ODOR E DOR

VIÁVEL	TECIDO EPITELIAL	Novo tecido de coloração róseo ou brilhante, desenvolvendo-se nas bordas ou como "ilhas" na superfície da lesão.
	TECIDO DE GRANULAÇÃO	Vermelho vivo ou róseo, brilhante, úmido e granular ou vermelho pálido e opaco (em risco). Hipergranulação é considerada desfavorável.
INVIÁVEL	ESFACELO	Consistência delgada, mucoide e macia; firme ou frouxamente aderida ao leito ou bordas da lesão; coloração amarela, branca ou acinzentada.
	NECROSE	Consistência dura e seca "escara" ou mais amolecida "necrose úmida" de coloração cinza, preta ou marrom aderida firmemente ao leito ou às bordas da lesão.
TIPO DE EXSUDATO	SEROSO	Consistência fina; aquosa e clara.
	SERROSSANGUINOLENTO	Consistência fina, aquosa e de coloração avermelhada a cor de rosa.
	SANGUINOLENTO	Consistência espessa/fina e de coloração vermelha.
	SEROPURULENTO	Consistência semi-espessa; turva e de coloração amarelada ou acastanhada.
	PURULENTO	Consistência espessa e de coloração esverdeada, acastanhada ou amarelada.
QUANTIDADE DE EXSUDATO	NENHUM/SECO	Curativo primário não tem fluido, é seco; pode estar aderido na lesão.
	PEQUENO/ÚMIDO	Curativo primário apresenta pequena quantidade de fluido/secção.
	MODERADA/MOLHADO	O curativo primário apresenta-se extensivamente molhado, mas não ocorre extravasamento; a frequência de troca é normal para o tipo de curativo.

	GRANDE/SATURADO	O curativo apresenta-se extensivamente molhado, e o extravasamento poderá estar ocorrendo; a pele perilesional poderá estar macerada; a troca de curativo é necessária com mais frequência para o tipo de curativo utilizado.
ODOR	AUSENTE	Ausência de odor forte.
	PRESENTE	Odor forte e fétido.
ESCORE DE DOR	SEM DOR	0
	DOR LEVE	1 a 2
	DOR MODERADA	3 a 7
	DOR FORTE	8 a 10
ESPAÇO MORTO	PRESENTE	Loja (espaço morto abaixo da pele íntegra); túnel (canal que se aprofunda no leito da ferida) e fístula externa (canal entre uma víscera e a pele). Descrever a localização e a profundidade em centímetros.
BORDAS	PRESERVADA	Íntegra; aderida à lesão; coloração clara; contorno definido, regular ou indefinido.
	PREJUDICADA	Hiperqueratose; não aderida à lesão; descolada; fibrótica; macerada; necrosada; sangrante; friável; edemaciada; enrolada (epíbóle).
PELE ADJACENTE	PRESERVADA	Íntegra.
	PREJUDICADA	Alteração de sensibilidade (dor, anestesia, formigamento, prurido), consistência (edema, endurecida), temperatura (quente ou fria), coloração (pálida ou avermelhada), textura (descamada, ressecada, macerada) e integridade (vesículas/bolhas, erosão, skin tear, etc).

7.2 ETAPA 2 - NOTIFICAÇÃO E AÇÕES NA OCORRÊNCIA DE LPP DURANTE A INTERNAÇÃO

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 Incidentes/Eventos

Adversos para o Núcleo de Segurança do Paciente que fica na pasta do setor.

Em caso de LPP estágio III e/ou estágio IV encaminhar a notificação de eventos adversos ao Núcleo de Segurança do Paciente em no máximo 48 horas.

7.2.1 INDICADOR DE MONITORAMENTO DAS LPPS

Os indicadores são essenciais para auxiliar no aprimoramento da qualidade da assistência prestada aos pacientes monitorados, pois permite a melhoria interna; comparação de desempenho hospitalar (benchmarking); monitoramento da qualidade da assistência com vistas ao planejamento de ações que contribuam para uma maior efetividade e eficiência do cuidado de saúde. Assim, permite o monitoramento da qualidade da assistência com vistas ao planejamento de ações que contribuam para maior efetividade e eficiência no cuidado à saúde, análise dos casos quanto à sua distribuição, identificar os pacientes mais vulneráveis e as unidades de internação em que mais ocorrem LPP e áreas corporais que são mais frequentes. Os indicadores, baseados na avaliação de risco com aplicação da Escala de Braden, são:

I-Percentual (%) de pacientes submetidos a avaliação de risco para LPP são: pacientes sem risco; pacientes com risco baixo; pacientes com risco moderado; pacientes com risco alto.

II-E o indicador da taxa de incidência da LPP é: ***Incidência de LPP= nº de casos novos x 100/nº de pacientes expostos ao risco de adquirir LPP.***

O numerador é o número de casos novos de pacientes com LPP em um determinado período, e o denominador é o número de pessoas expostas ao risco de adquirir LPP (pacientes internados) no período, multiplicado por 100.

7.3 ETAPA 3 - PREVENÇÃO DE LPP

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. Os seis passos essenciais de uma estratégia de prevenção de LPP são:

<p>PASSO 1- AVALIAÇÃO</p>	<p>-Avaliação de lesão 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 (Braden) e; a avaliação da pele para detectar a existência de LPP ou lesões de pele já instaladas.</p> <p>- 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).</p>
<p>PASSO 2- REAValiaÇÃO DIÁRIA</p>	<p>- Reavaliação diária de risco de desenvolvimento de LPP de todos os pacientes internados. O grau de risco, conforme especificado em várias ferramentas, permite que os profissionais implementem estratégias individualizadas para os pacientes.</p>
<p>PASSO 3- INSPEÇÃO</p>	<p>- Inspeção diária da pele, pacientes que apresentam risco de desenvolvimento de LPP, de acordo com os passos 1 e 2, necessitam de inspeção diária de toda a superfície cutânea, da cabeça aos pés. Deve ser dada atenção especial a áreas de alto risco para desenvolvimento de LPP.</p>
<p>PASSO 4- MANEJO DA UMIDADE</p>	<p>- 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.</p>
<p>PASSO 5- OTIMIZAÇÃO DA NUTRIÇÃO E DA HIDRATAÇÃO</p>	<p>- 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. L- líquidos, proteínas e ingestão calórica são importantes aspectos para a manutenção de um estado nutricional adequado. Suplementos nutricionais podem ser necessários caso a ingestão não seja suficiente. É recomendado que nutricionistas sejam consultados nos casos de pacientes com desnutrição a fim de avaliar e propor intervenções mais apropriadas.</p>
<p>PASSO 6- MINIMIZAÇÃO DA PRESSÃO</p>	<p>- 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. - Devem receber avaliação de risco da pele 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 intraoperatório, deverão realizar mudança de decúbito ou descompressão, sempre que possível e no pós-operatório aplicar a escala de Braden.</p>

7.3.1 MEDIDAS DE PREVENÇÃO DE LPP CONFORME AVALIAÇÃO DE RISCO BRADEN REALIZADA

RISCO BAIXO (15 A 18 PONTOS NA ESCALA DE BRADEN)	Cronograma de mudança de decúbito 02/02 horas; Otimização da mobilização; Proteção do calcanhar; Proteção do calcanhar e região sacral com bolsa gel; Manejo da umidade, nutrição, fricção e cisalhamento, bem como uso de superfícies de redistribuição de pressão.
RISCO MODERADO (13 A 14 PONTOS NA ESCALA DE BRADEN)	Continuar as intervenções do risco baixo; Mudança de decúbito com posicionamento a 30°. Filme transparente em proeminência óssea;
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°.
RISCO MUITO ALTO (\leq 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.

7.3.2 MEDIDAS PREVENTIVAS LIGADAS DIRETAMENTE A MINIMIZAÇÃO DA PRESSÃO

7.3.2.1 MUDANÇA DE DECÚBITO OU REPOSICIONAMENTO

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:

I. 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;

II. 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 conforme relógio de mudança de decúbito:

IMAGEM 09 – RELÓGIO DE MUDANÇA DE DECÚBITO



III. Reposicionar o paciente de tal forma que a pressão seja aliviada ou redistribuída. 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;

IV. 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;

V. 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;

VI. 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;

VII. 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. Conseqüentemente, sem alívio da pressão, a LPP surgirá muito rapidamente.

7.3.2.2 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 (traçado) 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 traqueostomizados com ventilação não invasiva, é recomendado decúbito acima de 30° para a prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação – PAV.

7.3.2.3 MATERIAIS E EQUIPAMENTOS PARA REDISTRIBUIÇÃO DE PRESSÃO

I. 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. 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. 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.

7.4 ETAPA 4 – TRATAMENTO DE LPP

O tratamento da LPP instalada deverá ser implementado em conjunto com as medidas preventivas. Os tratamentos tópico e sistêmico da LPP considerarão: Procedimentos de limpeza e de desbridamento; Aplicação de terapia tópica (coberturas primárias, secundárias e de fixação) e Intervenção sistêmica.

7.4.1 TERAPIAS TÓPICAS

A técnica de limpeza da lesão e da pele adjacente visa remover secreções, tecidos desvitalizados soltos, microrganismos e resíduos das coberturas tópicas, preservando o tecido de granulação e minimizando riscos de trauma e/ou infecção. Os passos para a limpeza da lesão deverão seguir técnica asséptica e limpeza com soro fisiológico (SF) 0,9% morno e em jato. A solução aquosa de polihexanida 0,1% (PHMB) poderá ser indicada também para limpeza da ferida, quando for necessário uma limpeza mais profunda e controle antimicrobiano.

- A remoção do tecido desvitalizado, quando houver, ocorrerá após a limpeza, sem agredir o tecido de granulação, por meio dos processos:
- 1º opção: Mecânico (jato de SF 0,9% ou gazes);
- 2º opção: Enzimático (cobertura tópica primária com enzimas proteolíticas) ou Autolítico (cobertura tópica primária com facilitadores da ação dos macrófagos e da atividade proteolítica endógena);
- 3º opção: Instrumental conservador (tesoura/bisturi);
- 4º opção: Cirúrgico.

Ressalvas:

Utilizar o sistema RYB de avaliação por cores para seleção do debridamento: vermelho (red); amarelo (yellow) e preto (black) – PROTEGER A VERMELHA; LIMPAR A AMARELA E DESBRIDAR A PRETA.

O debridamento conservador ou cirúrgico deverá ser indicado quando o debridamento pelos meios mecânico e enzimático ou autolítico não forem suficientes. As necroses secas deverão ser “escarificadas”, em forma de rede, (técnica de Square) com uso de bisturi ou agulha 0,12 x 40, antes da aplicação da cobertura tópica enzimática ou autolítica, para facilitar a penetração desse produto. Não é recomendado desbridar necroses estáveis e duras nos membros inferiores, especialmente, nos calcâneos.

7.4.1.1 APLICAÇÃO DE TERAPIAS TÓPICAS

A prescrição das coberturas será embasada nas recomendações do preparo do leito da lesão que preconizam 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

COBERTURAS PRIMÁRIAS				
ESTÁGIO	CARACTERÍSTICAS		COBERTURAS	PERÍODO DE TROCA
ESTÁGIO 1	Hiperemia	Áreas com moderada/alta exposição ao cisalhamento/fricção	Placa de hidrocoloide	Até 7 dias (**antes, as bordas soltas e mudança de cor)
		Áreas com pouca exposição ao cisalhamento/fricção	Ácido Graxo Essencial (AGE)	Cada 6 horas
		Áreas com exposição à umidade	Protetores cutâneos (solução polimérica; Óxido de Zinco)	Cada 6 horas
ESTÁGIO 2	Bolha	Intacta	Gaze + AGE	Cada 12 horas
	Lesão superficial	Sem/Pouco exsudato	Placa de hidrocoloide Malha não aderente estéril	Até 7 dias (**antes, ...)
		Moderado exsudato	Malha não aderente estéril	Até 24 horas
ESTÁGIO 3 ESTÁGIO 4	Necrose ou Necrose Úmida	Sem sangramento	Papaína 10%	Cada 12 horas
		Com sangramento Necrose mista Intolerância à papaína	Necrose mista	Cada 24 horas
	Esfacelo	Pouco/moderado	Papaína 6%	Cada 12 horas
		Camada Espessa	Papaína 10%	Cada 12 horas
		Com sangramento Tecido misto Intolerância a Papaína	Hidrogel com alginato de cálcio e sódio (gel)	Cada 24 horas
	Exsudato em grande quantidade	Sem infecção	Alginato de cálcio e sódio (placa ou fita)	Até 5 dias (*antes, se curativo saturado ou mudança de coloração e odor)
		Com infecção	Alginato de cálcio e sódio com prata (placa ou fita)	Cada 24 horas
		Sem sangramento	Papaína 3%	Cada 24 horas

	Tecido de granulação	Sem/Com sangramento Sensibilidade à papaína	Malha não aderente estéril Hidrogel com alginato de cálcio e sódio (gel)	Cada 24 horas
	Ferida complexa	Debridada	Terapia por pressão negativa	Até 5 dias
			Alginato de cálcio e sódio com prata (placa ou fita)	Até 5 dias (*antes, ...)
TISSULAR PROFUNDA	Pele intacta/ não intacta, com área vermelho escuro	Áreas com moderada/alta exposição ao cisalhamento/fricção	Placa de hidrocoloide Filme transparente de poliuretano não estéril	Até 7 dias(**antes, ...)
		Pouca exposição ao cisalhamento/fricção	AGE	Cada 6 horas
PELE PERILESIONAL	Íntegra		Pomada óxido de zinco ou Solução polimérica ou AGE	Às trocas de curativo
	Lesionada		Solução polimérica -Malha não aderente estéril	Às trocas de curativo

COBERTURAS SECUNDÁRIAS

TIPO DE COBERTURA SECUNDÁRIA	CARACTERÍSTICA DA LESÃO
Gases Esterilizadas	Lesões superficiais/profundas e secas/exsudativas
Compressa Esterilizada	Lesões profundas e muito exsudativas
Malha Não Aderente Estéril	Lesões sangrantes; bordas ou pele adjacente prejudicada

DISPOSITIVOS DE FIXAÇÃO

TIPO DE DISPOSITIVO DE FIXAÇÃO/SUPORTE	COBERTURA SECUNDÁRIA + CARACTERÍSTICAS DO LOCAL
Espadrapo/Micropore	Utilizado sobre gases/compressas esterilizadas + Pele adjacente íntegra
Faixa Crepe	Utilizado sobre gases/compressas esterilizadas + Estruturas anatômicas circulares
Filme Transparente de Poliuretano não Estéril	Utilizado sobre gases/compressas esterilizadas + Pele adjacente sensível ou prejudicada (ou) Áreas com exposição à umidade (urina, fezes e outros efluentes)
Bota de Proteção (espuma ou gel)	Utilizado sobre gases/compressas com fixação + Lesões em calcâneo e maléolo

7.5 ETAPA 5 – EVOLUÇÃO DA LPP

O registro da evolução da LPP deverá ser realizado a cada 7 dias, pela enfermeira da comissão de curativos, podendo se utilizar da ferramenta PUSH, desenvolvido pelo National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), em 1996, que considera três parâmetros:

	Comprimento x Largura	0 0 cm ²	1 <0,3 cm ²	2 <0,3 – 0,6 cm ²	3 0,7 – 1,0 cm ²	4 1,1 -2,0 cm ²	5 2,1 – 3,0 cm ²	SUB-TOTAL
		6 3,1 – 4,0 cm ²		7 4,1 – 8,0 cm ²	8 8,1 – 12,0 cm ²	9 12,1 – 24,0 cm ²	10 >24 cm ²	
Quantidade de Exudato	0 Nenhum		1 Escasso	2 Moderado	3 Abundante			SUB-TOTAL
Tipo de Tecido	0 Cicatrizado		1 Epitelização	2 Granulação	3 Desvitalizado	4 Necrótico		SUB-TOTAL
							TOTAL=	

- Área da ferida, relacionada com o maior comprimento e a maior largura (valores que variam de 0 a > 24 cm² e escores que alternam entre 0 e 10);
- Quantidade de exsudato na ferida (ausente, pequena, moderada e grande, que correspondem a escores de 0 a 3);
- E aparência do leito da ferida (tecido necrótico, esfacelo, tecido de granulação e ferida fechada ou recoberta, com escores de 0 a 4).

As subseções para esses parâmetros, ou subescalas, ao serem somados, compõem um escore total, cuja variação possível é de 0 a 17. Escores maiores indicam piores condições da úlcera, enquanto os menores indicam melhora no processo de cicatrização da ferida.

Além dos três parâmetros, o instrumento contém definições operacionais para cada um deles, uma tabela em que são registrados os escores de cada parâmetro e o escore total de acordo com a data, um gráfico para visualização da evolução dos escores totais e uma folha de instruções para o avaliador.

- O plano de tratamento deverá ser reavaliado a cada 7 dias, principalmente, quando não houver uma evolução esperada da lesão.
- A análise microbiológica da lesão poderá ser indicada quando a LPP não apresentar uma evolução esperada e tiver a presença de sinais e sintomas locais e/ou sistêmicos de infecção.

8. ORIENTAÇÕES GERAIS

- **Familiarização:** Antes de iniciar qualquer procedimento, familiarize-se completamente com o conteúdo do PO e esteja ciente das etapas a serem seguidas.
- **Avaliação de Risco:** Realize uma avaliação de risco completa para determinar o perfil do paciente em relação à possibilidade de desenvolver LPP. Considere fatores como mobilidade, estado nutricional e condições clínicas.
- **Comunicação Efetiva:** Mantenha uma comunicação efetiva entre a equipe de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas e demais profissionais envolvidos no cuidado do paciente para assegurar uma abordagem multidisciplinar.
- **Registro Adequado:** Registre de maneira precisa e completa as informações relevantes no prontuário do paciente, seguindo as diretrizes estabelecidas no PO.
- **Uso de Equipamentos Adequados:** Utilize os equipamentos e materiais recomendados no PO, incluindo colchões especiais, almofadas posicionais e outros dispositivos de suporte.
- **Educação do Paciente:** Eduque o paciente e seus familiares sobre as medidas preventivas, incentivando a participação ativa no processo de cuidado.
- **Reavaliação Contínua:** Realize reavaliações periódicas do estado da pele do paciente, ajustando as estratégias conforme necessário e documentando qualquer alteração.

- **Notificação:** Notifique a equipe de saúde sobre quaisquer sinais de deterioração da integridade da pele ou outras anormalidades.
- **Manutenção da Privacidade:** Mantenha a privacidade do paciente durante a execução do procedimento, garantindo um ambiente confortável e respeitoso.
- **Treinamento Contínuo:** Participe de treinamentos e atualizações regulares relacionados ao POP, assegurando que toda a equipe esteja ciente das melhores práticas e protocolos mais recentes.

9. REFERÊNCIAS

- AFONSO, C. et al. (Coord.) Prevenção e tratamento de feridas: da evidência à prática. 1.ed. Portugal : Hartmann, 2014.
- ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária . Práticas seguras para prevenção de lesão por pressão em serviços de saúde, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/ptbr/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/notatecnica-gvims-ggtes-no-03-2017.pdf>
- BECKMAN, D.; SCHOONHOVEN, L.; FLETCHER, J et al. Pressure ulcers and incontinence-associated dermatitis: effectiveness of the pressure ulcer classification education tool on classification by nurses. Qual Saf Health Care, p. 1-4, 2010.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Anvisa. Fiocruz. NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES No
- BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Regulamento da atuação da equipe de enfermagem no cuidado aos pacientes com feridas. Resolução 0567 de 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde; Anvisa; Fiocruz. Protocolo para prevenção de úlcera por pressão. Brasília, 2012.
- BURKIEWICZ, C.J.C.C.; GUADAGNIN, F.A.; SKARE, T.L et al. Vitamina D e cicatrização de pele: estudo prospectivo, duplo cego, placebo controlado na cicatrização de úlceras de perna. Rev. Col. Bras. Cir., v. 39, n. 5, p. 401-07, 2012.
- CONSENSO INTERNACIONAL. Uso adecuado de los apósitos de plata em las heridas. Consenso del grupo de trabajo de expertos. London: Wound International, 2012.
- EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Serviço de Gestão da Qualidade. Diretriz EBSEPH para monitoramento e avaliação em segurança do paciente: gestão voltadas para resultados efetivos e seguros. Vol. 3. 1 ed. Brasília: DF, 2016.
- FERREIRA, A. M. et al. Conhecimento e prática de acadêmicos de enfermagem sobre cuidados com portadores de feridas. Esc. Anna Nery., v. 17, n. 2, abr/jun, 2012. 21.
- GLÓRIA, M. B; JOANE, M. D; HOWARD, K. B. Classificação das intervenções de enfermagem NIC. 5. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
- MCNICHOL, L et al. Identifying the right surface for the right patient at the right time: generation and content validation of an algorithm for support surface selection. Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing, St Louis, v. 42, n. 1, p. 19-37, 2015.
- MOORE ZEH; COWMAN S. Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014.
- MUNRO, C.A. The development of a pressure ulcer risk-assessment scale of perioperative patients. AORN JOURNAL, v. 92, n. 3, p. 272-87, 2010.
- NANDA INTERNACIONAL. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I (2015- 2017). Tradução de Regina Machado Garcez. 10. ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2015. 7. SILVA ROCHA, L. E. et al. Prevenção de úlceras por pressão: avaliação do conhecimento dos profissionais de enfermagem. Cogitare Enfermagem., v. 20, n. 3, set. 2015.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). Pressure Ulcer Stages Revised. Washington, 2016.
- OLKOSKI, E; ASSIS, G. M. Aplicação de medidas de prevenção para úlceras por pressão pela equipe de enfermagem antes e após uma campanha educativa. Esc. Anna Nery., v. 20, n. 2, 2016.
- RESTREPO-MEDRANO, J. C., SORIANO, J. V. Development of a wound healing index for chronic wounds. EWMA Journal., v. 12, n. 2, p. 39-46, 2012.
- ROGENSKI, N.M.B et al. Incidência de úlceras por pressão após a implementação de um protocolo de prevenção. Rev Lat Am Enfermagem, v. 20, n. 2, 07 telas, 2012.
- SANTOS C.T; ALMEIDA M.A; LUCENA A.F. The Nursing Diagnosis of risk for pressure ulcer: content validation. Rev. Latino-Am. Enfermagem., v.24, e2693, 2016.
- SANTOS CT. Desenvolvimento e validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem risco de úlcera por pressão [dissertação de mestrado]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2014
- SCHULTZ, G.S.; SIBBALD, G., FALANGA, V et al. Wound bed preparation: a systematic approach to wound management.

Wound repair and regeneration, v. 11, p. 1-28, 2003.

SHIESARI, L.; PETROLINO, H.M.B.S. Qualidade e segurança no cuidado ao paciente. Caderno do curso 2014. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; Ministério da Saúde, 2014.

SOBEST -Associação Brasileira de Estomaterapia - Classificação das Lesões por pressão consenso npuap 2016 – adaptada Culturalmente para o brasil. Disponível em: <<http://www.sobest.org.br/textod/35>>. Acesso em 21/12/2023

SPEAR, M. Wound exudate: the good, the bad, and the ugly. Plastic surgical nursing, v. 32, n. 2, p. 77-80, 2012.

STACCIARINI, T.S. G.; CUNHA, M.H. Procedimentos operacionais padrão em enfermagem. Atheneu: São Paulo, 2014, 442p.

THOMPSON, N.; BSCOT, L.G., BOWLES, H et al. Reliability and validity of the revised photographic wound assessment tool on digital images taken of various types of chronic wounds. Advances in skin& wound care, v. 26, n. 8, p. 360-73, 2013.

14. CHOU R; DANA T, BOUGATSOS C; et al. Pressure ulcer risk assessment and prevention: a systematic comparative effectiveness review. Ann Intern Med., v. 159, n. 1, p. 28-38, 2013.

UNITED KINGDON. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Pressure Ulcers: prevention and management of pressure ulcers. London, 2014.

WORLD UNION OF WOUND HEALING SOCIETIES. Principles of best practice. Wound exsudate and the role of dressings. A consensus document. London, 2007.

10. ANEXOS

10.1 ANEXO 1 – ESCALA DE BRADEN

PERCEPÇÃO SENSORIAL	1. TOTALMENTE LIMITADO	2. MUITO LIMITADO	3. LEVEMENTE LIMITADO
Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto.	Não reage (não geme, não se segura em nada, não se esquivava) a estímulo doloroso, devido ao nível de consciência diminuído ou devido a sedação, ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.	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.	Responde ao comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto ou expressar a necessidade de ser mudado de posição.
UMIDADE	1. COMPLETAMENTE MOLHADA	2. MUITO MOLHADA	3. OCASIONALMENTE MOLHADA
Nível ao qual a pele é exposta a umidade.	A pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, etc. A umidade é detectada nas movimentações do paciente.	A pele está frequentemente, mas nem sempre molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno.	A pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia.
ATIVIDADE	1. ACAMADO	2. CONFINADO A CADEIRA	3. ANDA OCASIONALMENTE
Grau de atividade física	Confinado a cama.	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.	Anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou cadeira.
MOBILIDADE	1. TOTALMENTE IMÓVEL	2. BASTANTE LIMITADO	3. LEVEMENTE LIMITADO

Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo.	Não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.	Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significantes sozinho.	Faz frequentes, embora pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.
NUTRIÇÃO	1. MUITO POBRE	2. PROVAVELMENTE INADEQUADO	3. ADEQUADO
Padrão usual de consumo alimentar.	Nunca come uma refeição completa. Raramente come 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína (carne ou laticínios) por dia. Ingere 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.	Raramente come uma refeição completa e geralmente come cerca de 1/2 do alimento oferecido. A ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou laticínios por dia. Ocasionalmente aceitará um suplemento alimentar. Ou recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por SNG.	Come mais da metade da maioria das refeições. Come um total de 4 porções de alimento rico em proteína (carne ou laticínio) todo dia. Ocasionalmente recusará uma refeição, mas geralmente aceitará um complemento oferecido. Ou é alimentação por SNG ou regime de NPP, o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais.
FRICÇÃO E CISALHAMENTO	1. PROBLEMA	2. PROBLEMA EM POTENCIAL	3. NENHUM PROBLEMA
	Requer assistência moderada ou máxima para se mover. É impossível levantá-lo ou erguê-lo completamente sem que haja atrito com lençol. Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando frequentes ajustes de posição com máximo de assistência. Espasticidade, contratura ou agitação leva à constante fricção.	Move-se, mas, sem vigor ou requer mínima assistência. Durante o movimento provavelmente ocorre um certo atrito da pele com lençol, cadeira ou outros. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou cadeira, mas ocasionalmente escorrega.	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 na cadeira.

10.2 ANEXO 2 – BANNER EDUCATIVO

Protocolo de Prevenção e Tratamento de Lesão por Pressão.

CONCEITO

As lesões por pressão (LPP) são danos localizados na pele e/ou tecidos subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante de pressão isolada ou combinada com forças de cisalhamento e/ou fricção. Os riscos aumentam quando somado aos fatores predisponentes intrínsecos da pessoa (NPUAP, 2016).

CLASSIFICAÇÃO



PREVENÇÃO

Identificação e Classificação dos Pacientes com Risco para LPP utilizando escala de Braden.

Utilizar recursos como lençol móvel ou dispositivo de transferência (passante) de forma a minimizar possíveis lesões na pele devido à fricção.

Manter o paciente limpo e seco.

Realizar mudança de decúbitos (lateral direito, dorsal e lateral esquerdo), no máximo, a cada 2 horas.

Posicionar coberturas protetoras (placas de hidrocoloide ou filme transparente de poliuretano) na pele sobre proeminências ósseas que estão sujeitas às forças de fricção e cisalhamento e mantê-las por até 7 dias.

Proteger a pele sob dispositivos médicos, que causam pressão e fricção.

Aplicar solução à base de ácidos graxos essenciais sobre as áreas suscetíveis ao desenvolvimento de LPP, uma vez por plantão.

TRATAMENTO

Hidrogel: - Feridas secas ou pouco exsudativas; - Tecidos desvitalizados em feridas abertas; - Áreas doadoras de pele; - Queimaduras de 1º e 2º grau; - Desbridamento leve de necrose de liquefação (esfacelo) e de necrose de coagulação (escara).

Aquaceil (Hidrofibra): - Feridas com moderada a grande quantidade de exsudato; - Feridas infectadas ou com risco de infecção; - Úlceras vasculares, diabéticas e LP; - Queimaduras de espessura parcial (2º grau);

Sulfadiazina de Prata: queimaduras

Hidrocolóide: - Prevenção ou tratamento de LP não infectadas; - Feridas abertas e planas com pouca a moderada exsudação; - Feridas cirúrgicas limpas; - Barreira protetora de área perilesional e para efluentes de estomas.

AGE (Dersani): - Prevenção de LP; - Feridas de todos os tipos em processo de cicatrização com ou sem infecção.

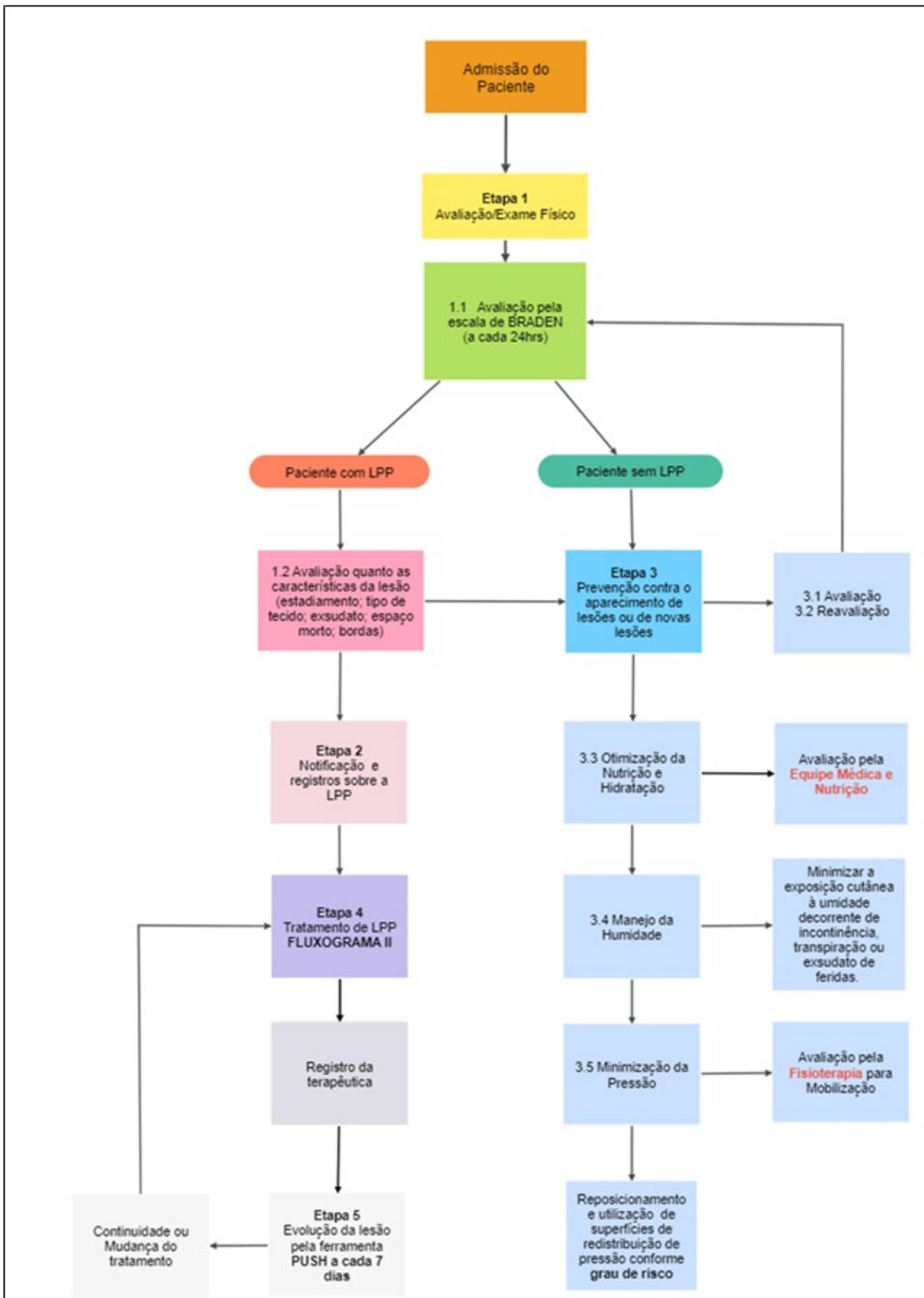
Umidificantes (AGE, Hidrocolóide, hidrocoloide) e desbridantes (papaina, collagenase).

Absorventes: hidropolímero, hidrofibra (aquaceil), alginato de cálcio.

REFERÊNCIAS

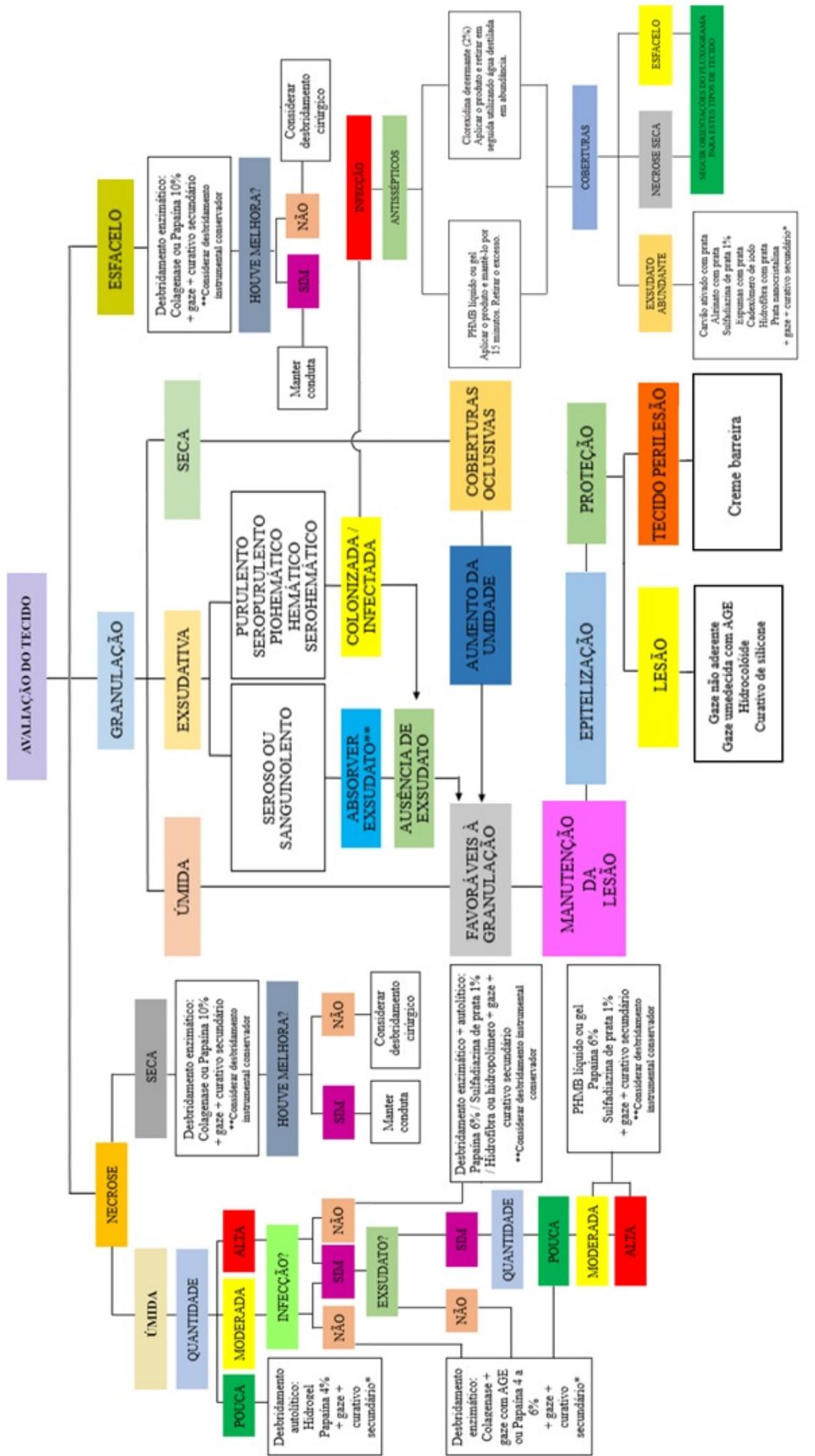
- NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP); EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (EPUAP); PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE (PPPIA). Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Osborne Park: Cambridge Media, 2016.
- UFTM. PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO. Minas Gerais: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2019.

10.3 ANEXO 3 – FLUXOGRAMA I PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LPPs



10.4 ANEXO 4 – FLUXOGRAMA II TRATAMENTO DE LPP

ANEXO IV - FLUXOGRAMA II TRATAMENTO DE LPPs



11. CONTROLE DE QUALIDADE

11.1 REVISÃO

Nº DA REVISÃO	DATA	ITEM	MOTIVO
-	27/11/2024	-	Elaboração

12. ELABORAÇÃO

DEPARTAMENTO	NOME
Comitê de Cuidados Com a Pele	Aparecida B. de Lima
	Carolina Gavioli Coltri
	Beatriz Stigliano Nascimento
	Cláudia Más Rosa
	Elizabeth Pillon Scapin
	Fabiana da Silva
	Márcia Renata Rodrigues
	Maria Neves Firmino da Silva
	Mary Angela de Oliveira Ramos
	Rita de Cassia Manzano da Silva
	Silvana Gomes Fernandes
	Stéphanie Marques de Camargo
	Vanessa Cecília de A. Michelan
Vanessa Naffitali de Souza Martins	
Núcleo de Gestão de Segurança e Risco do Paciente	Osvaldo Cesar Pompei Junior
Departamento de Atenção à Saúde em Alta Complexidade	Tereza Raquel Schorr Calixto
Acadêmicos de Enfermagem FAMEMA	Ana Beatriz Domingues
	Rafael Nascimento Murgu
	Danielle Caroline da Silva Santos
	Maria Eduarda Oliver Massinatori de Marco
	Maria Luiza de Mattos Tirabassi
	Maria Eduarda Elid Perceguini
Sophia de Castro Bremer	

13. CONFERÊNCIA

DEPARTAMENTO	NOME
Núcleo de Gestão de Processos e Qualidade	Amanda Sabatine dos Santos
Gerência de Avaliação de Tecnologias em Saúde e Qualidade	Lourdes Inez Fleitas Cano
Departamento de Atenção à Saúde em Alta Complexidade	Renata Tonini de Souza
Núcleo de Gestão de Segurança e Risco do Paciente	Letícia Camargo Teles

14. APROVAÇÃO

DEPARTAMENTO	NOME
Departamento de Atenção à Saúde em Alta Complexidade	Luciano Roberto De Freitas Visentin



Documento assinado eletronicamente por **Amanda Sabatine dos Santos, Diretor Técnico I**, em 27/11/2024, às 11:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no [Decreto Estadual nº 67.641, de 10 de abril de 2023](#).



Documento assinado eletronicamente por **Luciano Roberto de Freitas Visentin, Diretor Técnico de Saúde III**, em 27/11/2024, às 12:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no [Decreto Estadual nº 67.641, de 10 de abril de 2023](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.sp.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0 , informando o código verificador **0047623870** e o código CRC **8BBB85CF**.
