

1 OBJETIVO

Estabelecer ações para identificar e classificar os pacientes com risco para LPP; implementar ações preventivas aos pacientes com risco de LPP; padronizar a assistência do paciente em risco potencial de desenvolver LPP; implementar o tratamento ao portador de LPP durante o seu período de internação e acompanhamento após alta hospitalar pelo Ambulatório de Cicatrização de Feridas do HUPAA, de acordo com os critérios de classificação.

Implementar os Scores de Braden e Braden Q para avaliação de lesões de pele dos pacientes.

2 JUSTIFICATIVA

“A prevenção é com certeza o aspecto mais importante na abordagem da úlcera por pressão. Uma vez desenvolvida, o tratamento pode ser muito difícil” (DEALEY, 2001; KNIGHT, 2004 apud SILVESTRE e HOLSBACH, 2012).

3 DEFINIÇÃO

a) Lesão Por Pressão (LPP)

É um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionado ao uso de dispositivo médico ou outro artefato. A lesão é causada por pressão prolongada ou intensa, ou combinação de pressão com cisalhamento (NPUAP, 2016).

b) Pressão

É a quantidade de força aplicada perpendicularmente numa superfície por unidade diária de aplicação. “O alívio da pressão é a principal estratégia utilizada na prevenção das lesões por pressão” (BLANCK; GIANNINI, 2014).

c) Cisalhamento

Refere-se a uma força que atua na pele, causando um deslizamento entre diferentes camadas de tecido, como a pele e os tecidos mais profundos. Essa força, frequentemente combinada com a fricção e a pressão, pode levar ao desenvolvimento de lesões por pressão, especialmente em indivíduos acamados ou com mobilidade reduzida (NPUAP, 2016).

d) Fricção



É definida como a força que causa o deslizamento da pele sobre uma superfície, resultando em danos teciduais, como abrasões ou lesões semelhantes a queimaduras (NPUAP, 2016).

e) Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico

Essa terminologia descreve a etiologia da lesão. A Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. A lesão por pressão resultante geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo. Essa lesão deve ser categorizada usando o sistema de classificação de lesões por pressão (NPUAP, 2016).

4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

As recomendações deste protocolo incluem todos os pacientes internados e/ou acompanhados ambulatoriamente no HUPAA, que recebem cuidado neste serviço, e abrangem todo o período de permanência no ambiente hospitalar. Excluem-se do atendimento ambulatorial os usuários que não atenderem aos critérios de classificação de lesão por pressão estágio III e IV.

5 ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

a) Enfermeiro

- Avaliar a integridade da pele, identificar e classificar o paciente com risco para LPP através da aplicação da escala de Braden (Anexo A) e Braden Q (Anexo B), no momento da admissão ou readmissão do paciente ou até no máximo em 24 horas após sua admissão;
- Realizar notificação no Sistema de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares (VIGHOSP) dos casos de pacientes admitidos na instituição com lesão por pressão;
- Realizar prescrição de ações preventivas para LPP nos casos identificados com riscos baixo, moderado e alto (seguir protocolo instituído para prevenção e tratamento da LPP);
- Registrar o risco de LPP que o cliente está exposto na placa de identificação do leito (quando houver) ou painel/mapa de controle do paciente interno;
- Reavaliar diariamente a integridade da pele e classificação de risco para LPP do paciente durante o período de internação hospitalar, através do preenchimento do score de Braden;
- Avaliar a lesão por pressão e registrar no Score de Braden e evolução de enfermagem;
- Prescrever a cobertura adequada para prevenção e/ou tratamento das LPP com período de troca;
- Realizar os curativos de média e alta complexidade;



- Reavaliar as lesões e condutas a cada troca do curativo primário e registrar dados no prontuário do paciente.

b) Técnico/Auxiliar de Enfermagem

- Realizar os curativos de menor complexidade (LPP estágios I e II);
- Registrar as características da LPP em suas anotações de enfermagem;
- Comunicar qualquer alteração ao enfermeiro responsável do setor.

c) Fisioterapeuta da Unidade Neonatal (UTI / UCI / ALCON)

- Realizar adequadamente a fixação e manutenção do sistema de CPAP com pronga nasal em neonatos e lactentes (ANEXO C);
- Monitorar o sistema de umidificação e aquecimento do circuito, mantendo a temperatura do sistema entre 36°C e 37°C;
- Inspecionar narina e septo a cada atendimento para identificação de alterações na pele;
- Inspecionar diariamente as regiões da cabeça e posterior das orelhas, para identificação de lesões do uso inadequado de touca e de fixação das traqueias do circuito de CPAP;
- Comunicar a Enfermeira de plantão qualquer lesão de pele devido uso do CPAP, bem como falta de material adequado no setor para a fixação e manutenção correta do sistema CPAP;
- Notificar no sistema VIGIHOSP lesões de pele devido uso do CPAP, de acordo com a classificação do tipo de lesão (Anexo D)
- Registrar em prontuário toda a assistência prestada.

d) Fisioterapeuta da Unidade de Terapia Intensiva Adulta e Unidades de Internação (Médica/Oncológica/Cirúrgica/Pediatria/Maternidade)

- Observar o estado geral do paciente, bem como a integridade física da pele;
- Posicionar adequado no leito, redistribuindo a pressão em áreas suscetíveis utilizando materiais como travesseiros e coxins;
- Mudar de decúbito junto a equipe da enfermagem;
- Realizar exercícios ativos e passivos;
- Estimular o maior nível de mobilidade do paciente;
- Estimular a deambulação precoce sempre que a condição clínica do paciente permitir
- Registrar em prontuário toda a assistência prestada;

- Notificar no sistema VIGIHOSP lesões de pele.

e) Equipe de Nutrição

- Realizar a Triagem Nutricional de todos os indivíduos em risco de desenvolver LPP ou com LPP já presente, utilizando instrumentos de avaliação nutricional;
- Realizar avaliação nutricional completa nos pacientes em risco de desenvolver LPP ou com LPP já presente e que foram classificados em risco nutricional;
- Estimar as necessidades nutricionais (calórica, proteica e hídrica) dos pacientes avaliados, seguindo as diretrizes sobre nutrição e hidratação relevantes e baseadas em evidências;
- Monitorar e estimular a ingestão alimentar e hídrica dos pacientes em risco de desenvolver LPP ou com LPP já presente e que recebam plano individualizado de cuidados nutricionais;
- Avaliar a necessidade de Terapia Nutricional Oral (TNO) hiperproteica e com nutrientes específicos para a cicatrização de feridas, naqueles pacientes que apresentem risco de desenvolver LPP e cujas necessidades nutricionais não estiverem sendo alcançadas;
- Administrar nos pacientes em risco de desenvolver LPP ou com LPP já presente os suplementos nutricionais por via oral, com nutrientes específicos para a cicatrização de feridas nos intervalos das refeições regulares, desde que não apresentem alguma contraindicação secundária ao quadro clínico, e monitorar a sua aceitação;
- Comunicar a equipe médica e de enfermagem, quais os pacientes em risco de desenvolver LPP ou com LPP já presente, que apresentam ingestão alimentar via oral menor que 2/3 de suas necessidades nutricionais estimadas e sugerir o uso de Terapia Nutricional Enteral (TNE);
- Reavaliar o estado nutricional de todos os pacientes em risco de desenvolver LPP ou com LPP já presente e classificados em risco nutricional, a cada 7 (sete) dias, e rever necessidades de alterações de conduta dietoterápica.

f) Equipe multidisciplinar

- Instituir e realizar a mudança de decúbito, no máximo a cada 2 horas, de acordo com a necessidade do paciente, conforme score de avaliação através da Escala de Braden ou Braden Q;
- Reavaliar, durante as consultas dos profissionais de saúde, os riscos de desenvolvimento de lesão dos pacientes com predisposição para desenvolver LPP (score entre risco moderado à muito elevado);
- Inspeccionar a pele dos pacientes que apresentam risco para desenvolvimento de LPP



(classificação do score entre: risco moderado até risco muito elevado) durante a realização do exame físico;

- Realizar controle da umidade: manutenção do paciente seco e com a pele hidratada;
- Estimular e monitorar a aceitação da nutrição e hidratação do paciente;
- Estimular e monitorar a deambulação do paciente que não tiver restrição ao leito;
- Minimizar a pressão sobre as proeminências ósseas com o uso dos aliviadores de pressão, (espuma de poliuretano com bordas, coxins e colchão pneumático);
- Acionar por contato telefônico a Comissão de Pesquisa, Prevenção e Tratamento de Feridas para realizar parecer técnico nos casos de não obtenção de êxito, após instituição do Protocolo de Prevenção de LPP;
- Encaminhar ao Ambulatório de Cicatrização de Feridas todos os pacientes portadores de lesão, no momento da alta hospitalar, para agendamento de consulta ambulatorial e continuidade do tratamento conforme critérios de classificação.
- Encaminhar para avaliação médica os casos que necessitem de intervenção médica (antibióticos, desbridamento cirúrgico, exames laboratoriais);
- Registrar todas as condutas no prontuário eletrônico do paciente;
- Notificar no Vigihosp todos os casos novos de LPP.

5. RECOMENDAÇÕES

5.1 Avaliação das lesões por pressão na admissão de todos os pacientes (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) **Avaliação e Reavaliação do Risco de Desenvolvimento de LPP**

A avaliação do risco para desenvolvimento de LPP deverá ser executada através da Escala de Braden para pacientes com mais de 5 anos (Anexo A) e escala de Braden Q (Anexo B) para crianças de 1 a 5 anos.

As escalas de **Braden** e **Braden Q** caracterizarão o paciente sem risco, com risco moderado, elevado ou muito elevado para desenvolver LPP. A classificação do risco dá-se de maneira inversamente proporcional à pontuação, ou seja, quanto maior o número de pontos, menor será o risco para a ocorrência dessa lesão.

b) **Inspeção diária da pele**

Procedimento operacional da inspeção da pele.



Recomendação: Examine a pele do paciente cuidadosamente para identificar a existência de LPP ou outras lesões preexistentes.

Durante a admissão ou a readmissão, examine a pele do paciente cuidadosamente para identificar alterações da integridade cutânea e lesões por pressão existentes. Para uma apropriada inspeção da pele, deve-se ter especial atenção às áreas corporais de maior risco para LPP, como as regiões anatômicas sacrais, calcâneo, ísquio, trocanter, occipital, escapular, maleolar e regiões corporais submetidas à pressão por dispositivos com a presença de cateteres, tubos e drenos.

5.2 Controle da Umidade: manutenção do paciente seco e com a pele hidratada

A pele úmida é mais vulnerável e propícia ao desenvolvimento de lesões cutâneas, tendendo a se romper mais facilmente. Deve-se minimizar a exposição cutânea à umidade decorrente de incontinência, transpiração ou exsudato de feridas.

Procedimento Operacional das medidas preventivas para higiene, hidratação e controle da umidade da pele.

a) Higienização e Hidratação da pele

- Limpar a pele quando estiver suja ou sempre que necessário. É recomendada a utilização de água e sabão neutro para reduzir a irritação e o ressecamento da pele;
- Usar hidratantes na pele seca e em áreas ressecadas, principalmente após banho, pelo menos 1 (uma) vez ao dia. A pele seca parece ser um fator de risco importante e independente no desenvolvimento de úlcera 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 úlcera por pressão.

b) Controle da umidade através da determinação da causa

Além da incontinência urinária e fecal, a equipe de enfermagem deve ter atenção a outras formas 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 e também deverá estar atenta para umidade decorrente de derramamento acidental de líquidos.

c) Otimização da nutrição e da hidratação



“A avaliação de pacientes com possível risco de desenvolvimento de LPP deve incluir a revisão de fatores nutricionais e de hidratação. Pacientes com déficit nutricional ou desidratação podem apresentar perda de massa muscular e de peso, tornando os ossos mais salientes e a deambulação mais difícil” (MS/ANVISA/FIOCRUZ, 2013).

“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” (MS/ANVISA/FIOCRUZ, 2013).

“Líquidos, proteínas e ingesta calórica são importantes aspectos para a manutenção de um estado nutricional adequado. Suplementos nutricionais podem ser necessários caso a ingesta não seja suficiente. É recomendado que nutricionistas fossem consultados nos casos de pacientes com desnutrição a fim de avaliar e propor intervenções mais apropriadas” (MS/ANVISA/FIOCRUZ, 2013).

5.3 Nutrição

O Procedimento operacional para Nutrição está citado conforme Protocolo do Ministério da Saúde /Anvisa /Fiocruz, 2013.

- a) “Notificar todos os indivíduos em risco nutricional ou em risco para úlceras por pressão ao nutricionista a fim de instituir as medidas nutricionais específicas (avaliar a necessidade calórica, proteica, hídrica e demais nutrientes envolvidos no processo de cicatrização) para a prevenção de LPP”;
- b) “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 terapia nutricional enteral”;
- c) “Avaliar junto ao nutricionista a necessidade de associar a dieta oferecida, o uso de suplementos nutricionais, com alto teor proteico, naqueles indivíduos em risco nutricional e de úlcera por pressão”;
- d) A melhora no estado nutricional indica reposição tecidual sobre a proeminência óssea, contribuindo para a distribuição da pressão sobre uma ampla área tecidual, reduzindo o risco de oclusão do fluxo sanguíneo;
- e) “O nutricionista deverá avaliar a necessidade de instituir as medidas específicas nutricionais para a prevenção de LPP”.

5.4 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” (MS/ANVISA/FIOCRUZ, 2013).

a) Mudança de decúbito ou reposicionamento

A mudança de decúbito deve ser executada em pacientes com limitação de movimentos para reduzir a duração e a magnitude da pressão exercida sobre áreas vulneráveis do corpo (MS/ANVISA/FIOCRUZ, 2013):

- Afixar o relógio de mudança de decúbito (ver anexo) nos leitos dos pacientes classificados de risco leve a muito elevado de acordo com a escala de Braden e Braden Q a fim de monitorar a posição adequada na mudança de decúbito a cada 2 (duas) horas;
- Reposicionar o paciente a cada 2(duas) horas de tal forma que a pressão seja aliviada ou redistribuída. Evitar sujeitar a pele à pressão ou forças de torção (cisalhamento). Evitar posicionar o paciente diretamente sobre sondas, drenos e sobre proeminências ósseas com hiperemia não reativa. O rubor indica que o organismo ainda não se recuperou da carga anterior e exige um intervalo maior entre cargas repetidas;
- Utilizar forro móvel ou dispositivo mecânico de elevação para mover pacientes acamados durante transferência e mudança de decúbito. Sua utilização deve ser adequada para evitar o risco de fricção ou forças de cisalhamento.

b) Materiais e equipamentos para redistribuição de pressão:

- Utilizar dispositivos de alívio (colchões, coxins, travesseiros e outros) para redistribuir a pressão em diferentes partes do corpo, nos pacientes classificados como de risco leve a elevado pela Escala de Braden.
- Aplicar cobertura de hidrocolóide, filme de poliuretano ou curativo de espuma com silicone em áreas de proeminências ósseas (sacral, calcâneo, trocanter e outras) a fim de evitar o desenvolvimento de úlcera por pressão nos pacientes classificados como de risco leve a muito elevado, de acordo com a Escala de Braden e a avaliação do enfermeiro (a). Atentar para o uso de alguma dessas coberturas, especialmente as de espuma com silicone em todos os pacientes da UTI Geral.
- Utilizar colchão pneumático em todos os pacientes classificados como de risco muito elevado (escore maior ou igual a 9 pontos na Escalda de Braden).

Observação: Não é recomendável o uso de luvas cheias de água ou outros líquidos como dispositivo de alívio de pressão em razão do controle da umidade.



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
PROF. ALBERTO ANTUNES
HUPAA-UFAL

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

5.5 Medidas preventivas para lesão por pressão conforme classificação de risco

“Os fatores de risco identificados na fase de avaliação fornecem informações para o desenvolvimento do plano de cuidados. Seguem as recomendações das medidas preventivas conforme a classificação de risco” (MS/ANVISA/FIOCRUZ, 2013).

a) Sem risco (SR) maior ou igual a 19 pontos

b) Risco leve (15 a 18 pontos na Escala de Braden)

- Fixar o relógio de mudança de decúbito;
- Proteger proeminências ósseas (usar o hidrocolóide e/ou dispositivo de alívio de pressão);
- Realizar controle da umidade, nutrição, fricção e cisalhamento.

c) Risco moderado (13 a 14 pontos na Escala de Braden)

- Manter as intervenções do risco leve;
- Realizar mudança de decúbito do paciente, com posicionamento a 30 graus, a cada 2 horas.

d) Risco alto e muito alto (menor ou igual a 12 pontos na Escala de Braden)

- Manter as intervenções do risco leve e moderado;
- Utilizar coxins de espuma para facilitar a lateralização a 30 graus;
- Utilizar superfícies de apoio dinâmico com pequena perda de ar, se possível, colchão pneumático;
- Realizar controle da dor;
- Utilizar algum dispositivo de alívio de pressão (de preferência espuma de silicone) nas áreas de proeminência óssea.

5.6 Paciente Pediátrico

a) Em Risco (ER): menor ou igual a 16 pontos na Escala de Braden Q

b) Sem Risco (SR): maior que 16 pontos



5.7 Classificação das LPPs, conforme estadiamento

As LPPs são estadiadas através de um sistema de classificação universal, realizado pelo NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel), que avalia a profundidade e perda de tecido, classificando a lesão em categoria/Grau I, II, III, IV, Não Classificável, Tissular Profunda e Lesão Por Pressão relacionada a dispositivo médico.

Quadro 1 - Classificação das Lesões por pressão

ESTÁGIO	DEFINIÇÃO
Categoria/Grau I – Eritema não branqueável	Pele intacta com hiperemia de uma área localizada que não embranquece após descompressão no local, geralmente sobre proeminência óssea.
Categoria/Grau II – Perda parcial da espessura da pele	Perda parcial da pele, envolvendo a epiderme, derme ou ambas. Pode apresentar-se ainda como uma bolha intacta ou rompida.
Categoria/Grau III – Perda total da espessura da pele	Lesão total da pele, envolvendo a camada subcutânea, porém sem ultrapassar a fáscia muscular, osso ou tendão.
Categoria/Grau IV – Perda total da espessura dos tecidos	Perda total de tecido, com exposição óssea, de músculo ou tendão.
Não Classificável	Perda total da espessura dos tecidos, na qual a base da lesão está coberta por tecido desvitalizado/necrótico.
Tissular Profunda	Pele intacta ou não, com área vermelho 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.
Lesão por pressão relacionada a dispositivo médico (adulto e criança)	Resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. A LPP resultante geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo e deve ser categorizada usando o sistema de classificação de lesões por pressão.

Fonte: Sistema Internacional de classificação NPUAP, EPUAP 2016.

5.8 Descrição dos possíveis tecidos e exsudato envolvidos nas LPPs (Segundo manual do Ministério da Saúde)

- Granulação:** é a formação de um tecido novo, que se apresenta com aspecto vermelho vivo, granular, brilhante e úmido, composto de capilares e colágenos;
- Esfacelo:** tecido desvitalizado, de consistência delgada, mucoide, macia e de coloração amarela, formada por bactérias, fibrina, elastina, fragmentos celulares e

exsudato;

- c) **Necrose:** tecido desvitalizado, tecido morto, desidratado/ressecado, podendo conter exsudato purulento e/ou material fibroso;
- d) **Infecção:** pode ser caracterizado pela presença de sinais clínicos de dor, rubor, calor e edema (sinais flogísticos) associados à presença de exsudato purulento ou seropurulento e a presença de odor;
- e) **Exsudato:** líquido com alto teor de proteínas séricas (seroso) e leucócitos, resultante de danos aos tecidos e vasos.

5.9 Instituição do tratamento de acordo com o tecido e exsudato predominante na lesão

a) **Granulação:** AGE, gaze não aderente com petrolato, gaze não aderente com AGE, hidrocolóide, hidrocolóide com alginato de cálcio, colágeno com prata, colágeno com alginato de cálcio;

b) **Esfacelo/fibrina:** papaína (6%), hidrogel com alginato de cálcio, hidrogel com PHMB (Poliexametilbiguanida), hidrogel com alginato de cálcio e sódio;

c) **Necrose:** papaína (6% e 10%), hidrogel com alginato de cálcio, hidrogel com PHMB, hidrogel com alginato de cálcio e sódio;

d) **Infecção:** PHMB solução, compressa de gaze estéril com PHMB, espuma de poliuretano com prata, carvão ativado com prata, alginato de cálcio com prata;

e) **Exsudação:** espuma de poliuretano, alginato de cálcio e carvão ativado;

f) **Odor:** carvão ativado com prata, metronidazol solução.

5.10 Solicitação de exames para acompanhamento das úlceras

- a) Hemograma;
- b) Glicemia de jejum;
- c) Cultura da lesão com antibiograma;
- d) Albumina sérica.

5.11 Orientações ao paciente / familiar / cuidador

A participação ativa do paciente, familiares e/ou cuidadores é parte integrante da estratégia de prevenção de lesões por pressão (LPP). A equipe multiprofissional deve promover a educação contínua desses atores, fornecendo orientações claras e acessíveis sobre os fatores de risco, sinais precoces de comprometimento da integridade cutânea e medidas preventivas.

Entre as ações que podem ser realizadas de forma colaborativa com a equipe de saúde, destacam-se: a inspeção diária da pele, a manutenção da hidratação cutânea, a realização de mudanças de decúbito conforme orientação profissional e o monitoramento da elevação da cabeceira do leito.



Deve-se estimular a autonomia e o protagonismo do paciente e de seus cuidadores no cuidado, respeitando suas capacidades e promovendo um ambiente de corresponsabilidade na prevenção de LPP.

6 FLUXOGRAMA

NA – Não aplicável.

7 MONITORAMENTO/INDICADORES

- a) Percentual (%) de pacientes submetidos a avaliação de risco para LPP na admissão;
- b) Percentual (%) de pacientes de risco recebendo cuidado preventivo apropriado para LPP;
- c) Percentual (%) de pacientes recebendo avaliação diária para risco de LPP;
- d) Incidência de LPP.

8 REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. **Nota Técnica GVIMS/GGTES Nº 03/2017**. Práticas seguras para prevenção de lesão por pressão em serviços de saúde. 2017.

ANDRADE, R. F.; FOLCHINI, N. F. **Úlcera de pressão**. 1998. 82 F. Monografia (graduação em Fisioterapia) Universidade Católica Dom Bosco- UCDB, Campo Grande (MS).

ANTUNES, J.C.P. *et al.* Tecnología secundaria en el tratamiento del recién nacido prematuro (cuidados de enfermería en el uso del cpap nasal). *Enferm glob*. 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em XX de 2014.

BRADEN, B. J.; BERGSTROM, N. A clinical scale for predicting pressure sore risk. *Nursing Clinics of North America*, v. 22, n. 2, p. 443-449, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Portaria nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em XX de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº. 2.095, de 24 de setembro de 2013**. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Disponível em:



http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html. Acesso em XX de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Fundação Oswaldo Cruz. **Anexo 02: Protocolo para prevenção de úlcera por pressão**. 2013. Disponível em: <http://www.hospitalsantalucinda.com.br/downloads/prot_identificacao_do_paciente.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2018.

BRASIL. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, Instituto Nacional Fernandes Figueira (IFF), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Ministério da Saúde (MS). Cuidados com o CPAP NASAL, 2018.

CAMPEDELLI, M. C. GAIDZINSKI, R. R. **Escala: Problema na hospitalização**. 1 ed. São Paulo: Ática, 1991.

DEALEY, C. **Cuidando de feridas: um guia para enfermeiras**. 2. Ed. São Paulo: Atheneu Editora, 2001.

FISCHER C., *et al.* Nasal trauma due to continuous positive airway pressure in neonates. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2010 Nov;95(6):F447-51.

National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. **Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide**. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2014.

GONÇALVES, C. R. SAY, G. K. RENNÓ, M. C. A. Ação do laser de baixa intensidade no tratamento de úlceras cutâneas. **Rev. de fisioter. Univ. Cruz Alta**, v. 2, n. 3, p. 11- 15, dez, 2000.

SILVESTRE, Juliana Terezinha; HOLSBACH, Denise Rodrigues. **Atuação fisioterapêutica na úlcera de pressão: uma revisão de literatura**. 2012 Revista Fafibe On-Line — ano V – n.5 — nov. 2012 — ISSN 1808-6993. unifafibe.com.br/revistafafibeonline — Centro Universitário UNIFAFIBE — Bebedouro-SP.

9 HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data	Elaboração/revisão	Descrição da atualização
1	10/07/2018	Fabianny Torres de Oliveira Santos Hilma Keylla Amorim Ivanilza Emiliano dos Santos Lucy Kelly Brito Bonfim Márcia Mirian Rosendo Aleluia Paulo Sérgio Gomes da Silva	Estabelece o Protocolo de Práticas Seguras para Prevenção de Lesão Por Pressão no Hupaa.
2	09/08/2019	Márcia Mirian Rosendo Aleluia	Revisão textual e adequação

			para o novo modelo do Protocolo.
3	06/10/2021	Fabianny Torres de Oliveira Santos Hilma Keylla Amorim Camila de Melo Moura Lucy Kelly Brito Bonfim Márcia Mirian Rosendo Aleluia Paulo Sérgio Gomes da Silva Rafaela Costa Russo do Vale	Revisão textual, contribuição da equipe de fisioterapia da Unidade Neonatal e adequação para o novo modelo Norma Zero/Ebserh.
4	11/10/2024	Márcia Mirian Rosendo Aleluia Doriane Gonçalves de Sá Camila de Melo Moura Fabianny Torres de Oliveira Santos Hilma Keylla Amorim Lucy Kelly Brito Bonfim Paulo Sérgio Gomes da Silva Rafaela Costa Russo do Vale Vilma Queiroz Siqueira	Orientação ao paciente / familiar / cuidador, adicionada a escala de avaliação de lesão por pressão para o público infantil (Braden Q).

10 RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Elaboração	Data: 11/10/2024
Camila de Melo Moura - Fisioterapeuta/ Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal – UTIN	Data: 11/10/2024
Doriane Gonçalves de Sá - Enfermeira/Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente - UGQSP	Data: 11/10/2024
Fabianny Torres de Oliveira Santos - Enfermeira/Comissão de Feridas	Data: 11/10/2024
Hilma Keylla Amorim - Enfermeira/Comissão de Feridas	Data: 11/10/2024
Lucy Kelly Brito Bonfim - Auxiliar de Enfermagem/Comissão de Feridas	Data: 11/10/2024
Márcia Mirian Rosendo Aleluia - Enfermeira/Unidade de	Data: 11/10/2024




Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente - UGQSP Paulo Sérgio Gomes da Silva - Enfermeiro/Comissão de Feridas Rafaela Costa Russo do Vale - Fisioterapeuta/UTIN Vilma Queiroz Siqueira – Chefe da Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente (UGQSP)	Data: 11/10/2024 Data: 11/10/2024
Análise Celina de Azevedo Dias – Chefe do Setor de Gestão da Qualidade (STGQ)	Data: 14/10/2024
Validação técnica Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde/Unidade de Vigilância em Saúde (UVS)	Data: 14/10/2024
Aprovação Célio Fernando de Sousa Rodrigues - Superintendente	Data: 14/10/2024

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. © Ano, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br




Anexo A – Avaliação de Risco Para LPP por Paciente – Escala de Braden

																																																																																																																																																																																																																																																				
Avaliação de risco para LPP – Escala de Braden																																																																																																																																																																																																																																																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Nome completo:</td> <td colspan="3">Leito:</td> </tr> <tr> <td>DN: / /</td> <td>Prontuário:</td> <td>Setor:</td> <td colspan="3">Data Adm.: / /</td> </tr> </table>	Nome completo:			Leito:			DN: / /	Prontuário:	Setor:	Data Adm.: / /																																																																																																																																																																																																																																										
Nome completo:			Leito:																																																																																																																																																																																																																																																	
DN: / /	Prontuário:	Setor:	Data Adm.: / /																																																																																																																																																																																																																																																	
Escala de Braden																																																																																																																																																																																																																																																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">Sub Escalas</th> <th style="width: 25%;">Classificação</th> <th style="width: 5%;">/ /</th> <th style="width: 5%;">/ /</th> <th style="width: 5%;">/ /</th> <th style="width: 5%;">/ /</th> <th style="width: 5%;">/ /</th> <th style="width: 5%;">/ /</th> <th style="width: 5%;">/ /</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4" style="text-align: center;">Percepção sensorial</td> <td>1. Totalmente limitado</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>2. Muito limitado</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>3. Ligeiramente limitado</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>4. Nenhuma limitação</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td rowspan="4" style="text-align: center;">Umidade</td> <td>1. Completamente molhado</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>2. Muito molhado</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>3. Ocasionalmente molhada</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>4. Raramente molhada</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td rowspan="4" style="text-align: center;">Atividade</td> <td>1. Acamado</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>2. Confinado à cadeira</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>3. Anda ocasionalmente</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>4. Anda frequentemente</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td rowspan="4" style="text-align: center;">Mobilidade</td> <td>1. Totalmente imóvel</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>2. Bastante limitado</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>3. Levemente limitado</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>4. Não apresenta limitações</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td rowspan="4" style="text-align: center;">Nutrição</td> <td>1. Muito pobre</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>2. Provavelmente inadequado</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>3. Adequado</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>4. Excelente</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="text-align: center;">Fricção e Cisalhamento</td> <td>1. Problema</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>2. Problema em potencial</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>3. Nenhum problema</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Total</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Classificação do Risco</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Assinatura do Enfermeiro</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Risco Muito Elevado (RME): ≤ 9 pontos</td> <td colspan="5" style="text-align: center;">Risco Moderado (RM): 13-14 pontos</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">Sem Risco (SR): 19-23 pontos</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Risco Elevado (RE): 10 – 12 pontos</td> <td colspan="5" style="text-align: center;">Risco Leve (RL): 15-18 pontos</td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table>	Sub Escalas	Classificação	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	Percepção sensorial	1. Totalmente limitado								2. Muito limitado								3. Ligeiramente limitado								4. Nenhuma limitação								Umidade	1. Completamente molhado								2. Muito molhado								3. Ocasionalmente molhada								4. Raramente molhada								Atividade	1. Acamado								2. Confinado à cadeira								3. Anda ocasionalmente								4. Anda frequentemente								Mobilidade	1. Totalmente imóvel								2. Bastante limitado								3. Levemente limitado								4. Não apresenta limitações								Nutrição	1. Muito pobre								2. Provavelmente inadequado								3. Adequado								4. Excelente								Fricção e Cisalhamento	1. Problema								2. Problema em potencial								3. Nenhum problema								Total									Classificação do Risco									Assinatura do Enfermeiro									Risco Muito Elevado (RME): ≤ 9 pontos		Risco Moderado (RM): 13-14 pontos					Sem Risco (SR): 19-23 pontos		Risco Elevado (RE): 10 – 12 pontos		Risco Leve (RL): 15-18 pontos						
Sub Escalas	Classificação	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /																																																																																																																																																																																																																																												
Percepção sensorial	1. Totalmente limitado																																																																																																																																																																																																																																																			
	2. Muito limitado																																																																																																																																																																																																																																																			
	3. Ligeiramente limitado																																																																																																																																																																																																																																																			
	4. Nenhuma limitação																																																																																																																																																																																																																																																			
Umidade	1. Completamente molhado																																																																																																																																																																																																																																																			
	2. Muito molhado																																																																																																																																																																																																																																																			
	3. Ocasionalmente molhada																																																																																																																																																																																																																																																			
	4. Raramente molhada																																																																																																																																																																																																																																																			
Atividade	1. Acamado																																																																																																																																																																																																																																																			
	2. Confinado à cadeira																																																																																																																																																																																																																																																			
	3. Anda ocasionalmente																																																																																																																																																																																																																																																			
	4. Anda frequentemente																																																																																																																																																																																																																																																			
Mobilidade	1. Totalmente imóvel																																																																																																																																																																																																																																																			
	2. Bastante limitado																																																																																																																																																																																																																																																			
	3. Levemente limitado																																																																																																																																																																																																																																																			
	4. Não apresenta limitações																																																																																																																																																																																																																																																			
Nutrição	1. Muito pobre																																																																																																																																																																																																																																																			
	2. Provavelmente inadequado																																																																																																																																																																																																																																																			
	3. Adequado																																																																																																																																																																																																																																																			
	4. Excelente																																																																																																																																																																																																																																																			
Fricção e Cisalhamento	1. Problema																																																																																																																																																																																																																																																			
	2. Problema em potencial																																																																																																																																																																																																																																																			
	3. Nenhum problema																																																																																																																																																																																																																																																			
Total																																																																																																																																																																																																																																																				
Classificação do Risco																																																																																																																																																																																																																																																				
Assinatura do Enfermeiro																																																																																																																																																																																																																																																				
Risco Muito Elevado (RME): ≤ 9 pontos		Risco Moderado (RM): 13-14 pontos					Sem Risco (SR): 19-23 pontos																																																																																																																																																																																																																																													
Risco Elevado (RE): 10 – 12 pontos		Risco Leve (RL): 15-18 pontos																																																																																																																																																																																																																																																		
<p>PRT.NSP.005 - NSP/UGQSP/STGQ/SUP/HUPAA/EBSEH/UFAL</p>																																																																																																																																																																																																																																																				

Fonte: Adaptada de Braden & Bergstrom.



Anexo B - Avaliação de Risco para LPP por Paciente – Escala de Braden Q

								
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES - HUPAA								
Avaliação de risco para Lesão por Pressão (LPP) – Escala de Braden Q								
Nome completo: _____ Leito: _____								
DN: / /	Prontuário: _____ Setor: _____ Data Adm.: / /							
Escala de Braden Q								
Sub Escalas	Classificação	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Percepção sensorial	1. Totalmente limitado							
	2. Muito limitado							
	3. Ligeiramente limitado							
	4. Nenhuma limitação							
Umidade	1. Completamente molhado							
	2. Muito molhado							
	3. Ocasionalmente molhada							
	4. Raramente molhada							
Atividade	1. Acamado							
	2. Confinado à cadeira							
	3. Anda ocasionalmente							
	4. Anda frequentemente							
Mobilidade	1. Totalmente imóvel							
	2. Bastante limitado							
	3. Levemente limitado							
	4. Não apresenta limitações							
Nutrição	1. Muito pobre							
	2. Provavelmente inadequado							
	3. Adequado							
	4. Excelente							
Fricção e Cisalhamento	1. Problema							
	2. Problema em potencial							
	3. Nenhum problema							
Perfusão Tissular e Oxigenação	1. Extremamente comprometido							
	2. Comprometido							
	3. Adequado							
	4. Excelente							
Total								
Classificação do Risco								
Assinatura do Enfermeiro								
Risco muito elevado: 6 a 9 pontos		Risco moderado: 13 a 14 pontos					Sem risco: 19 a 23 pontos	
Risco alto: 10 a 12 pontos		Baixo risco: 15 a 18 pontos						
NSP/UGQSP/STGQ/SUP/HUPAA/EBSEH/UFAL - 2024								

Fonte: Adaptada de Braden & Bergstrom.



Anexo C - Fixação do sistema CPAP com pronga nasal.



Cortar uma fina lâmina de hidrocolóide extrafino ou filme para fixação transparente e de bigode de velcro.

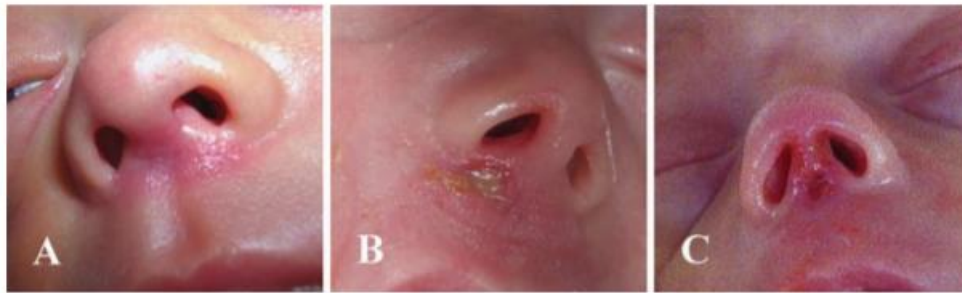


Posicionar no buço do bebê até o meio da bochecha, sem tocar no lábio superior nem na columela nasal. Friccionar levemente o hidrocolóide na pele para a aderência adequada.



Fixação completa do sistema de CPAP com pronga nasal. Certificar o tamanho e a posição da pronga e a aderência dos velcros.

Anexo D - Classificação da lesão nasal (Fischer *et al.*, 2010).



A – Estágio I: vermelho persistente; B – Estágio II: erosão superficial; C – Estágio III: ulceração profunda