

**EBSERH**

HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

A large graphic of a checklist on a white sheet of paper, tilted slightly. A grey pen is shown writing a checkmark in the last empty box. The text 'PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO' is written in large, bold, blue letters across the middle of the checklist.

# PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

Ana Laura Mendes Campoi  
Thaís Santos Guerra Stacciarini

Uberaba-MG  
2017

# SUMÁRIO DE AULA

- ❖ Fisiopatologia e classificação de LPP
- ❖ Grupos de risco para LPP
- ❖ Fatores predisponentes
- ❖ Escalas de avaliação de risco
- ❖ Intervenções de enfermagem
- ❖ Responsabilidades de enfermagem
- ❖ Orientações para EAD



# Política Nacional de Segurança do Paciente 2013

**SEGURANÇA DO PACIENTE**

- 1 Identificar corretamente o paciente.
- 2 Melhorar a comunicação entre profissionais de Saúde.
- 3 Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos.
- 4 Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos.
- 5 Higienizar as mãos para evitar infecções.
- 6 Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão.

**Melhorar sua vida, nosso compromisso.**  
Acesse o site: <a href="http://www.saude.gov.br/segurancadopaciente">www.saude.gov.br/segurancadopaciente</a>

ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
Ministério da Saúde  
Governo Federal

(Ministério da Saúde, 2013)

# Plano Diretor Estratégico 2017 - 2018

O Plano Diretor Estratégico (PDE) no biênio 2017-2018 apresenta como uma de suas metas a redução em 20% da incidência de LPP no HC-UFTM

Indicador	Abrangência
Incidência de Lesões por pressão	Unidades Funcionais Assistenciais

## Acreditação - Ações de Melhorias no Plano de Ação

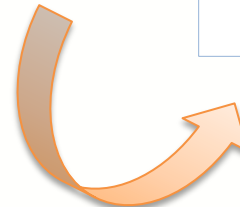
Protocolos institucionais  
Adesão a boas práticas

Orientar medidas de prevenção à lesão

Subsidiar o planejamento

Gestão e avaliação das ações de enfermagem

Orientar ações educativas à equipe de enfermagem



(SANTOS et al., 2013)

# Mudança da terminologia

Úlcera por pressão  
UPP



13 de abril de 2016

Lesão por pressão  
LPP

No sistema prévio do NPUAP, o Estágio 1 e a Lesão Tissular Profunda descreviam lesões em pele intacta enquanto as outras categorias descreviam lesões abertas. Isso causava confusão porque a definição de cada um dos estágios referia-se à úlcera por pressão. Além dessa mudança, na nova proposta, os algarismos arábicos passam a ser empregados na nomenclatura dos estágios ao invés dos romanos.

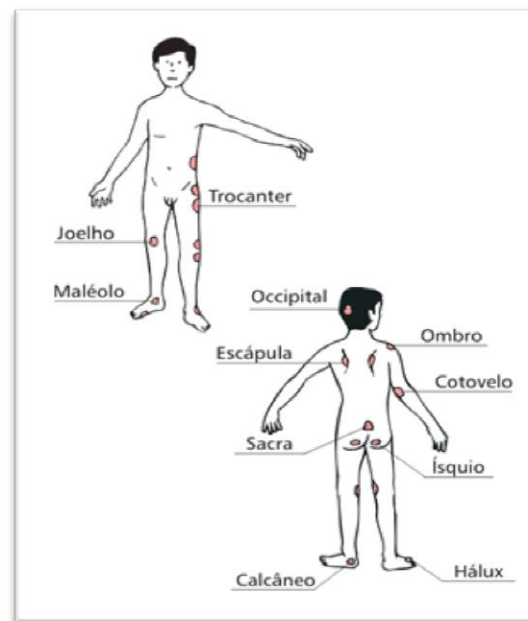
Estágios

~~X~~, ~~II~~, ~~III~~, ~~IV~~

1, 2, 3, 4

# O QUE É LPP??

Dano localizado na pele e/ou tecidos subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante de pressão isolada ou combinada com forças de cisalhamento e/ ou fricção.



(NPUAP, 2016)

# FISIOPATOLOGIA DA LPP (pressão x tempo)

Aumento da pressão capilar

Deficiência de perfusão capilar

Dificuldade no transporte de nutrientes ao tecido

Isquemia tecidual

- ✓ A resistência dos diferentes tecidos à isquemia não é igual entre eles:

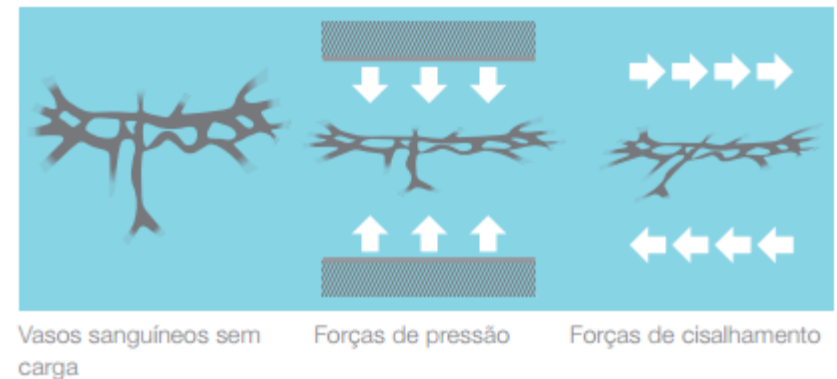
*Músculo X Pele*

- ✓ Outros fatores:

Força de cisalhamento (tração exercida sobre a pele)

Fricção (atrito entre duas superfícies)

Figura 2. Efeito de forças de pressão e cisalhamento em vasos sanguíneos da pele.



# Grupo de risco para aquisição de LPP



- ✓ Clientes acamados com mobilidade física prejudicada;
- ✓ Clientes com a percepção sensorial comprometida (térmica e tátil);
- ✓ Clientes submetidos à procedimentos anestésicos;
- ✓ Clientes com dispositivos médicos e outros artefatos.

# Fatores predisponentes a LPP

## EXTRÍNSECOS

- ✓ Umidade
- ✓ Calor
- ✓ Pressão
- ✓ Força de Cisalhamento
- ✓ Fricção

## INTRÍNSECOS

- ✓ IMC > 30 Kg/m<sup>2</sup> e < 14,5 Kg/m<sup>2</sup>
- ✓ Anemia
- ✓ Deficiência nutricional proteica
- ✓ Idade avançada (idosos)
- ✓ Edema
- ✓ Tabagismo
- ✓ Infecções sistêmicas ou locais
- ✓ Hipotensão arterial sistêmica (perfusão tecidual insuficiente)
- ✓ Comorbidades crônicas
- ✓ Alguns medicamentos (corticoides, sedativos, anestésicos, vasoativas)

# LPP em pacientes cirúrgicos

Uma das complicações mais comuns é o desenvolvimento, durante o intraoperatório, de LPP nos estágios 1 e 2.

Podem ser observadas:

- ✓ Imediatamente após a cirurgia;
- ✓ *Alguns dias após.*

Fatores intrínsecos:

- ✓ Idade
- ✓ peso corporal
- ✓ estado nutricional
- ✓ doenças crônicas

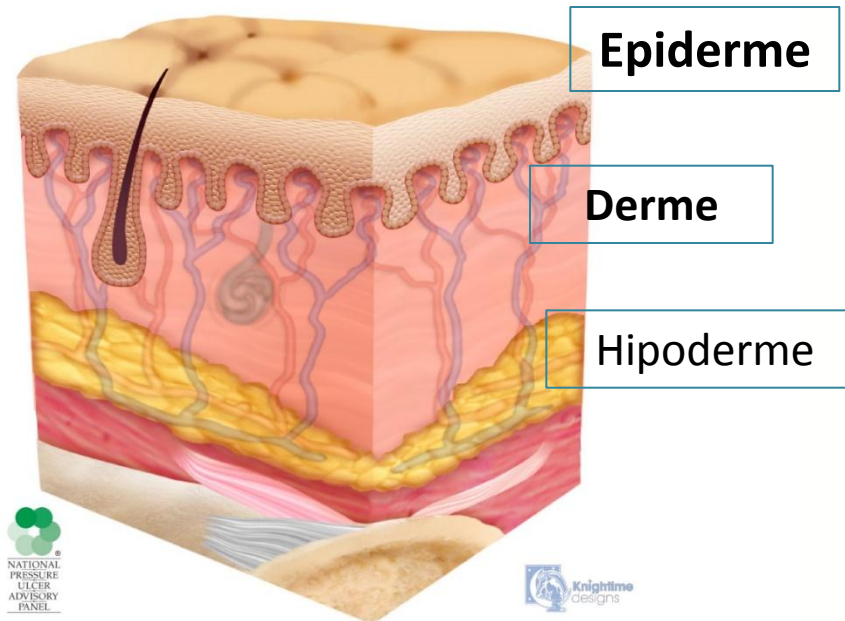
Fatores extrínsecos:

- ✓ tempo de cirurgia
- ✓ tipo de anestesia
- ✓ posições cirúrgicas

(SCARLATTI et al., 2011)

# ANATOMIA DA PELE

Healthy Skin – Lightly Pigmented



©2016 NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL | WWW.NPUAP.ORG

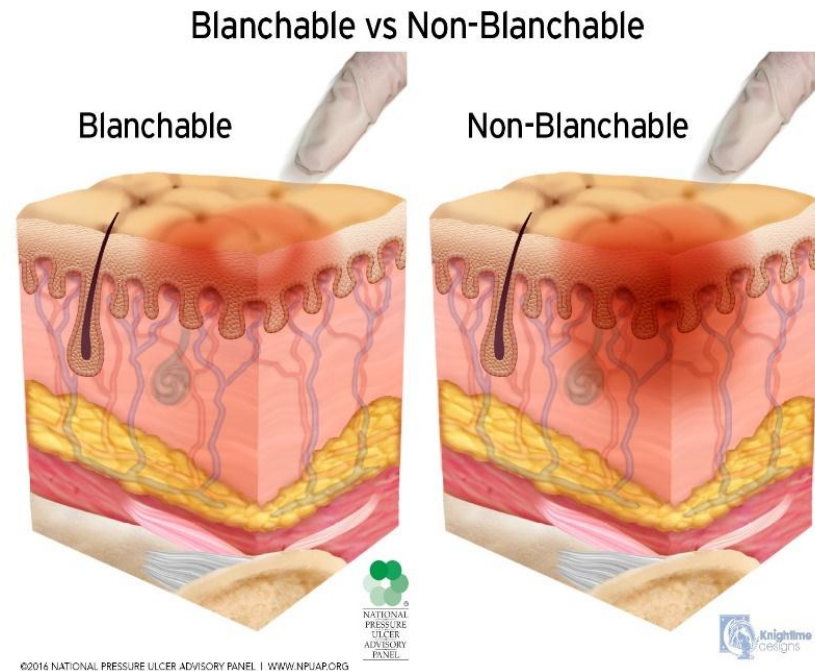


<http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2012/03/01-Healthy-Skin-L-Pigment.jpg>

# Classificação de LPP

## Estágio 1

- ✓ Pele íntegra com eritema não branqueável, após a remoção de pressão, ou com alterações na sensação, temperatura ou consistência.



# LPP ESTÁGIO 1

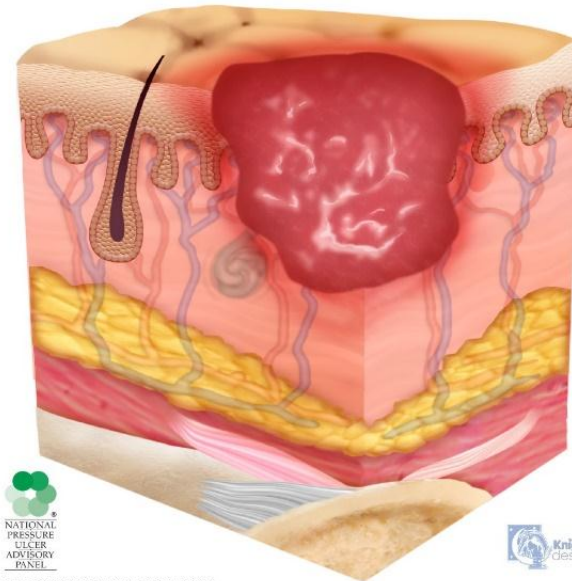


# Classificação de LPP

## Estágio 2

- ✓ 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.
- ✓ Tecido de granulação, esfacelo e escara não estão presentes.
- ✓ Não deve ser confundida com DAI/lesões traumáticas

Stage 2 Pressure Injury



©2016 NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL | WWW.NPUAP.ORG

(NPUAP, 2016)

# LPP ESTÁGIO 2

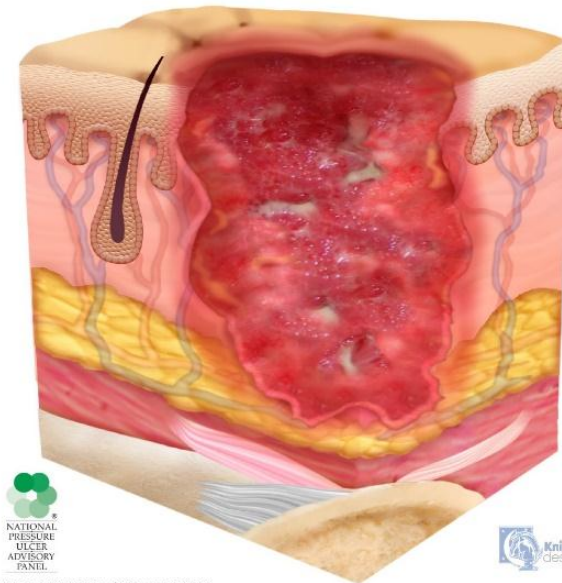


# Classificação de LPP

## Estágio 3

- ✓ Perda da espessura total da pele com exposição de tecido adiposo.
- ✓ O tecido de granulação e a borda despregada estão frequentemente presentes.
- ✓ Esfacelo e/ou escara podem ser visíveis.
- ✓ A profundidade do dano tissular varia conforme a localização anatômica.
- ✓ Não há exposição de fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso.

Stage 3 Pressure Injury

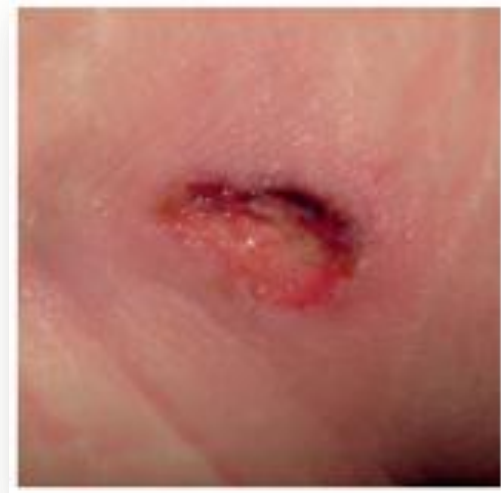


©2016 NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL | WWW.NPUAP.ORG



(NPUAP, 2016)

# LPP ESTÁGIO 3



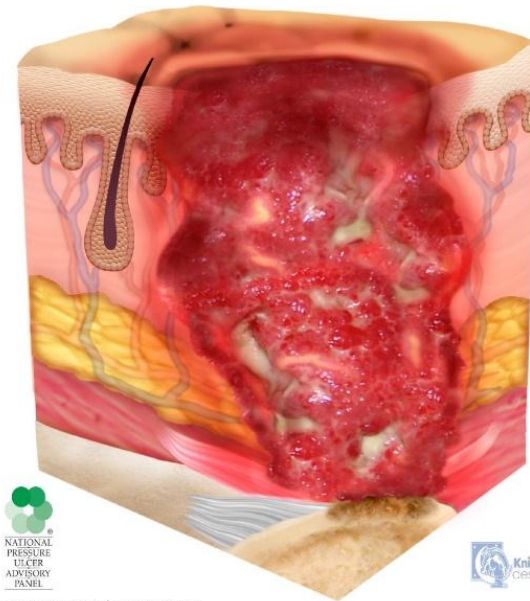
<http://www.pelenova.com.br/e1/kcfinder-2.1/upload/images/image%2012.jpg>  
[https://www.coloplast.com.br/global/brasil/wound/cpWSC\\_guia\\_pu\\_a5\\_d7.pdf](https://www.coloplast.com.br/global/brasil/wound/cpWSC_guia_pu_a5_d7.pdf)

# Classificação de LPP

## Estágio 4

- ✓ Perda da espessura total da pele e perda tissular.
- ✓ Possível comprometimento de fáscia, músculos, ossos, tendões e/ou nervos.
- ✓ Esfacelo e/ou escara podem ser visíveis.
- ✓ Bordas despregadas, descolamentos e/ou tunelização ocorrem frequentemente.

Stage 4 Pressure Injury



©2016 NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL | WWW.NPUAP.ORG

(NPUAP, 2016)

# LPP ESTÁGIO 4

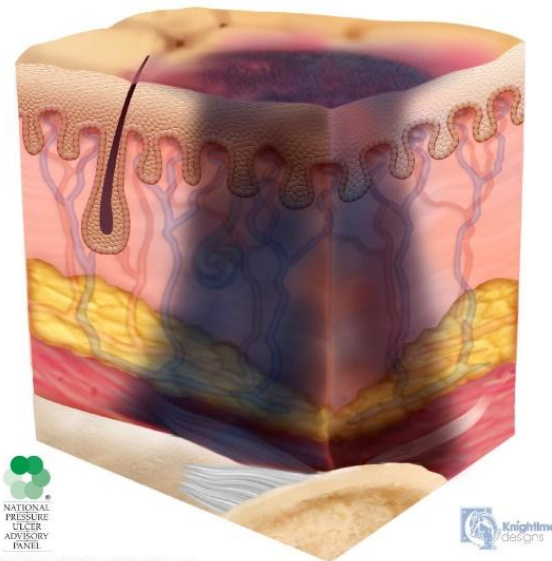


# Classificação de LPP

## LPP tissular profunda

- ✓ Pele intacta ou não, com área vermelho escuro, marrom ou púrpura que não embranquece, ou separação da epiderme revelando um leito da ferida escuro ou com flictena de sangue.
- ✓ Dor e mudança na temperatura frequentemente precedem as alterações de coloração da pele.

Deep Tissue Pressure Injury



©2016 NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL | WWW.NPUAP.ORG

(NPUAP, 2016)

# LPP TISSULAR PROFUNDA



<http://www2.unifesp.br/denf/NIEn/PEDIABETICO/mestradositecopia/image/ines/DSCN0872%20pequena.JPG>  
[https://www.coloplast.com.br/global/brasil/wound/cpWSC\\_guia\\_pu\\_a5\\_d7.pdf](https://www.coloplast.com.br/global/brasil/wound/cpWSC_guia_pu_a5_d7.pdf)

# Classificação de LPP

## LPP não classificável

- ✓ Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível, devido a cobertura densa de esfacelo ou escara.
- ✓ Escara estável (isto é, seca, aderente, sem eritema ou flutuação) em membro isquêmico ou no calcâneo não deve ser removida.

Unstageable Pressure Injury - Dark Eschar



©2016 NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL | WWW.NPUAP.ORG



(NPUAP, 2016)

# LPP NÃO CLASSIFICÁVEL



# Classificação de LPP

## LPP relacionada a dispositivo

- ✓ de hiperemia a lesões abrasivas mais profundas.
- ✓ Geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo.
- ✓ Deve ser categorizada usando o sistema de classificação de lesões por pressão.

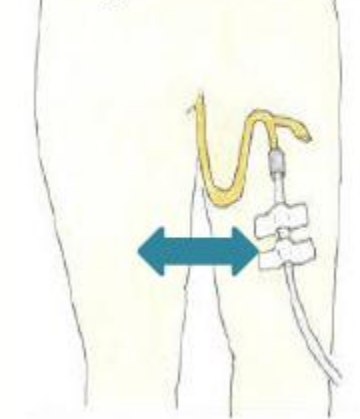
A LPP em **mucosa** não pode ser categorizada devido a anatomia do tecido.  
Importante: NOTIFICAÇÃO!



# LPP RELACIONADA A DISPOSITIVO MÉDICO



Fixação da sonda



# LPP RELACIONADA A DISPOSITIVO MÉDICO



**Pronga nasal:** administração de fluxo contínuo de ar através de ventilação mecânica não invasiva a paciente infantil.



Fraldas adaptadas para RN

# Complicações de LPP

- ✓ Alteração funcional permanente ou temporária;
- ✓ Aumento do tempo de hospitalização;
- ✓ Danos psíquicos-sócio-espirituais;
  - ✓ Infecções;
  - ✓ Óbito.



# Avaliação do risco para LPP

Levantamento das necessidades afetadas



Identificação e classificação de risco para LPP

Escala de Braden (adulto)  
Escala de Braden Q (criança)

- ✓ Percepção sensorial
- ✓ Umidade
- ✓ Atividade
- ✓ Mobilidade
- ✓ Nutrição
- ✓ Fricção e cisalhamento
- ✓ Perfusão tecidual e oxigenação

A screenshot of a medical form titled "INVESTIGAÇÃO DE 24 horas". The form is divided into several sections with checkboxes and text boxes. The top section includes fields for patient name, date, and time. Below that, there are sections for "SÍMPTOMAS", "EXAME FÍSICO", "EXAME LABORATORIAL", and "EXAME DE IMAGEM". The bottom section is titled "Investigação 24 horas" and contains a grid for recording observations over a 24-hour period. The form is partially filled out with handwritten text.

# Escala de Braden (adultos)

- ✓ Identifica e classifica os clientes com risco para LPP;
- ✓ Deve ser aplicada a todos os clientes hospitalizados, no momento da admissão hospitalar e diariamente.

Escore  $\geq 19$  = sem risco  
Escore 15 a 18 = risco leve  
Escore 13 a 14 = risco moderado  
Escore 10 a 12 = risco alto  
Escore  $\leq 9$  = muito alto

# Escala de Braden

<p><b>Percepção sensorial:</b> Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto</p>	<p><b>1- Totalmente limitado:</b> Não reage (não geme, não se segura a 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.</p>	<p><b>2- Muito limitado:</b> Somente reage a estímulo doloroso. Não é capaz de comunicar o desconforto exceto através de gemido ou agitação. Ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.</p>	<p><b>3- Levemente limitado:</b> Responde ao comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto ou expressar necessidade de ser mudado de posição ou tem um certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades</p>	<p><b>4- Nenhuma limitação:</b> Responde ao comandos verbais. Não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto</p>
<p><b>Umidade:</b> Nível ao qual a pele é exposta à umidade</p>	<p><b>1- Completamente molhada:</b> A pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, etc.... A umidade é detectada às movimentações do paciente.</p>	<p><b>2- Muito molhada:</b> A pele está freqüentemente, mas nem sempre molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno</p>	<p><b>3- Ocasionalmente molhada:</b> A pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia</p>	<p><b>4- Raramente molhada:</b> A pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina.</p>
<p><b>Atividade:</b> Grau de atividade física</p>	<p><b>1- Acamado:</b> confinado a cama</p>	<p><b>2- Confinado à cadeira:</b> A capacidade de andar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado a se sentar</p>	<p><b>3- Anda ocasionalmente:</b> Anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou cadeira</p>	<p><b>4- Anda freqüentemente:</b> Anda fora do quarto pelo menos 2 vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada 2 horas durante as horas em que está acordado</p>
<p><b>Mobilidade:</b> Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo</p>	<p><b>1. Totalmente imóvel:</b> Não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda</p>	<p><b>2. Bastante Limitado:</b> Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades mas é incapaz de fazer mudanças freqüentes ou significantes sozinho.</p>	<p><b>3. Levemente Limitado:</b> Faz freqüentes, embora pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda</p>	<p><b>4. Não apresenta limitações:</b> Faz importantes e freqüentes mudanças de posição sem auxílio</p>
<p><b>Nutrição:</b> padrão usual de consumo alimentar.</p>	<p><b>1. Muito Pobre:</b> Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 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</p>	<p><b>2. Provavelmente inadequado:</b> Raramente come uma refeição completa e geralmente come cerca da metade 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 sonda</p>	<p><b>3. Adequado:</b> 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 alimentado por sonda ou regime de Nutrição Parenteral Total, o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais</p>	<p><b>4. Excelente:</b> Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne ou laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar</p>
<p><b>Fricção e cisalhamento</b></p>	<p><b>1. Problema:</b> Requer assistência moderada a máxima para se mover. É impossível levanta-lo ou ergue-lo completamente sem que haja atrito com o lençol. Freqüentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando freqüentes ajustes de posição com máximo de assistência. Espasticidade, contratura ou agitação leva a quase constante fricção</p>	<p><b>2. Problema em potencial:</b> Move-se, mas, sem vigor ou requer mínima assistência. Durante o movimento provavelmente ocorre um certo atrito da pele com o lençol, cadeira ou outros. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou cadeira mas ocasionalmente escorrega.</p>	<p><b>3. Nenhum Problema:</b> 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</p>	

# Apresentação resumida da Escala de Braden

Variáveis	Escores			
	1	2	3	4
<b>Percepção sensorial</b>	Totalmente limitado	Muito limitado	Pouco limitado	Nenhuma limitação
<b>Umidade</b>	Completamente molhado	Muito molhado	Ocasionalmente molhado	Raramente molhado
<b>Atividade</b>	Acamado	Confinado a cadeira	Caminha ocasionalmente	Caminha frequentemente
<b>Mobilidade</b>	Totalmente imóvel	Muito limitado	Pouco limitado	Sem limitação
<b>Nutrição</b>	Muito pobre	Inadequado	Adequado	Excelente
<b>Fricção e cisalhamento</b>	Problema	Problema potencial	Sem problemas	-

(Paranhos & Santos, 1999)

# Escala de Braden Q (crianças 29 dias a 13 anos)

- ✓ Identifica e classifica os clientes com risco para LPP;
- ✓ Deve ser aplicada a todos os clientes hospitalizados, no momento da admissão hospitalar e diariamente.

Escore  $\leq 16$  em risco

Escore  $\geq 16$  sem risco



# Escala de Braden Q

## Escala de Braden Q para avaliação do risco de úlcera por pressão em crianças

<b>MOBILIDADE</b> Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo	<b>1. Completamente imóvel:</b> não faz mudanças, nem mesmo pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.	<b>2. Muito limitado:</b> faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças completamente sozinho.	<b>3. Levemente limitado:</b> faz mudanças frequentes, embora pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.	<b>4. Nenhuma limitação:</b> Faz mudanças importantes e frequentes na posição do corpo, sem ajuda.
<b>ATIVIDADE</b> Grau de atividade física.	<b>1. Acamado:</b> permanece no leito o tempo todo.	<b>2. Restrito a cadeira:</b> A capacidade de deambular está gravemente limitada ou inexistente. Não consegue sustentar o próprio peso e/ou precisa de ajuda para sentar-se em uma cadeira ou cadeira de rodas.	<b>3. Deambulação ocasional:</b> deambula ocasionalmente durante o dia, porém por distâncias bem curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte do turno no leito ou na cadeira.	<b>4. Crianças jovens demais para deambular ou deambulam frequentemente:</b> deambula fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada duas horas durante as horas está acordado.
<b>PERCEÇÃO SENSORIAL</b> Capacidade de responder de maneira apropriada ao desconforto relacionado a pressão.	<b>1. Completamente limitada:</b> não responde ao estímulo doloroso (não geme, não se encolhe ou se agarra), devido a diminuição do nível de consciência, ou sedação ou limitação da capacidade de sentir dor na maior parte da superfície corporal.	<b>2. Muito limitada:</b> responde apenas ao estímulo doloroso. Não consegue comunicar desconforto, exceto por gemido ou inquietação; ou apresenta alguma disfunção sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.	<b>3. Levemente limitada:</b> responde aos comandos verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, ou apresenta alguma disfunção sensorial em uma ou duas extremidades que limita a capacidade de sentir dor.	<b>4. Nenhuma alteração:</b> responde aos comandos verbais. Não apresenta déficit sensorial que limite a capacidade de sentir ou comunicar dor ou desconforto.
<b>UMIDADE</b> Grau de exposição da pele à umidade.	<b>1. Constantemente úmida:</b> a pele fica constantemente úmida por suor, urina, etc. A umidade é percebida cada vez que o paciente é movimentado ou mudado de posição.	<b>2. Frequentemente úmida:</b> a pele está frequentemente, mas nem sempre, úmida. A roupa de cama precisa ser trocada pelo menos a cada oito horas.	<b>3. Ocasionalmente úmida:</b> a pele está ocasionalmente úmida, necessitando de troca de roupa de cama a cada 12 horas.	<b>4. Raramente úmida:</b> a pele geralmente está seca, as trocas de fraldas são feitas de rotina e as roupas de cama necessitam ser trocadas apenas a cada 24h.
<b>FRICÇÃO E CISCALHAMENTO</b> Fricção: a pele se move contra as estruturas de suporte. Ciscalhamento: a pele e a superfície óssea adjacente deslizam uma sobre a outra.	<b>1. Problema importante:</b> a espasticidade, a contratura, o prurido ou a agitação levam a criança debater-se no leito e há fricção quase constante.	<b>2. Problema:</b> necessita de ajuda moderada a máxima para se mover. É impossível se levantar completamente sem deslizar sobre os lençóis do leito ou cadeira, necessitando de reposicionamento frequente com o máximo de assistência.	<b>3. Problema Potencial:</b> movimenta-se com dificuldade ou necessita de mínima assistência. Durante o movimento, provavelmente ocorre atrito entre a pele e os lençóis, cadeira, coxins ou outros dispositivos. A maior parte do tempo mantém uma posição relativamente boa na cadeira e no leito, mas ocasionalmente escorrega.	<b>4. Nenhum problema aparente:</b> Capaz de levantar-se completamente durante uma mudança de posição. Movimenta-se sozinho na cadeira e no leito, e tem força muscular suficiente para levantar-se completamente durante o movimento. Mantém uma posição adequada no leito e na cadeira o tempo todo.
<b>NUTRIÇÃO</b> Padrão habitual de consumo alimentar.	<b>1. Muito pobre:</b> em jejum e/ou mantido com ingesta hídrica ou hidratação IV por mais de 5 dias ou albumina < 2,5 mg/dl ou nunca come uma refeição completa. Raramente come mais da metade de algum alimento oferecido. O consumo de proteínas inclui apenas duas porções de carne ou derivados de leite por dia. Ingerir pouco líquido. Não ingere suplemento dietético líquido.	<b>2. Inadequada:</b> dieta líquida por sonda ou NPP que fornece calorias e minerais insuficientes para a idade ou albumina < 3 mg/dl ou raramente come uma refeição completa. Geralmente come apenas a metade de algum alimento oferecido. O consumo de proteínas inclui apenas três porções de carne ou derivados de leite por dia. Ocasionalmente ingere suplemento dietético.	<b>3. Adequada:</b> dieta por sonda ou NPP que fornece calorias e minerais suficientes para a idade ou come mais da metade da maioria das refeições. Consome um total de quatro porções de proteínas (carne, derivados de leite) por dia. Ocasionalmente recusa uma refeição, mas geralmente toma suplemento dietético, se oferecido.	<b>4. Excelente:</b> dieta geral que fornece calorias suficientes para a idade. Por exemplo, come/bebe a maior parte de cada refeição/alimentação. Nunca recusa uma refeição. Geralmente come um total de quatro ou mais porções de carne e derivados de leite. Ocasionalmente, come entre as refeições. Não necessita de suplementação.
<b>PERFU SÃO TECIDUAL E OXIGENAÇÃO</b>	<b>1. Extremamente comprometida:</b> hipotensão (PAM <50 mmHg; <40 mmHg em recém-nascido) ou o paciente não tolera as mudanças de posição.	<b>2. Comprometida:</b> normotensão. Apresenta saturação de oxigênio <95% ou a hemoglobina <10 mg/dl ou o tempo de enchimento capilar >2 segundos. O pH sérico <7,40.	<b>3. Adequada:</b> normotensão. Apresenta saturação de oxigênio <95% ou a hemoglobina <10 mg/dl ou o tempo de enchimento capilar >2 segundos. O pH sérico é normal.	<b>4. Excelente:</b> normotensão. Apresenta saturação de oxigênio >95%, a hemoglobina normal e o tempo de enchimento capilar <2 segundos.

# INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Coleta de dados



Levantamento dos  
diagnósticos de enfermagem

Planejamento/intervenções

Implementação/Monitoramento

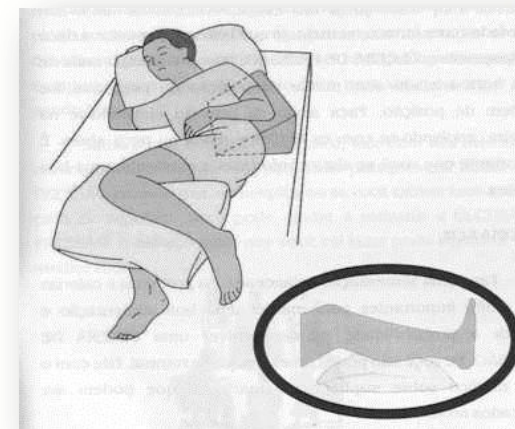
Avaliação



# INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Clientes com **baixo risco** para LPP (escore 15 a 18)

- ✓ Auxiliar a mudança de decúbito a cada 2 horas.
- ✓ Estimular movimentação no leito com exercícios com variação de movimentos.
- ✓ Manter cabeceira elevada à 30°.
- ✓ Avaliar SSVV de \_\_\_\_/\_\_\_\_ h.
- ✓ Proporcionar posição confortável ao cliente em colchão hospitalar com alinhamento postural e distribuição do peso.
- ✓ Proteger a pele das proeminências ósseas com travesseiros/coxins (manter calcâneos livres da superfície da cama).



# INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Clientes com **baixo risco** para LPP (escore 15 a 18)

- ✓ Realizar banho no leito/ chuveiro com água morna e sabão neutro, sem massagear a pele sobre proeminências ósseas, 1x/dia.
- ✓ Hidratar a pele sobre as proeminências ósseas com hidratante corporal à base de ácidos graxos essenciais (AGE), sem massagear.
- ✓ Implementar cuidados com eliminação urinária/evacuação (higienização com água e sabonete neutro, secar e aplicar creme protetor nas regiões genital, inguinal e perianal);
- ✓ Manter a pele seca/remover umidade excessiva da pele (troca de fralda e lençóis úmidos/ preservativo urinário/ “comadre” ou “papagaio”);

# INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Clientes com **baixo risco** para LPP (escore 15 a 18)

- ✓ Auxiliar o paciente a sentar na cadeira sobre dispositivo almofadado, no mínimo 1h por dia, com os pés sobre uma banquetela/ Orientar o cliente a suspender a região glútea, usando os braços da cadeira, pelo tempo que suportar, a cada 15 minutos.
- ✓ Monitorar fontes de pressão e fricção da pele (verificar se os lençóis da cama estão bem esticados; não deixar extensões de drenos/cateteres e outros sob o cliente).
- ✓ Inspeccionar a pele em busca de pontos hiperemiados sobre as proeminências ósseas (edema, dor, rigidez, bolhas sobre as proeminências ósseas).

# INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Clientes com **baixo risco** para LPP (escore 15 a 18)

- ✓ Estimular/observar ingestão alimentar e hídrica.
- ✓ Implementar cuidados com dieta por bomba de infusão (seguir rigorosamente a vazão e horários prescritos).
- ✓ Verificar o peso do paciente.
- ✓ Interagir com o paciente.
- ✓ Orientar o paciente/familiar sobre os cuidados de prevenção de LPP e mudanças de hábitos no domicílio, mediante a entrega do fôlder de cuidados pós alta.

# INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Clientes com **baixo risco** para LPP (escore 15 a 18)

- ✓ Avaliar a dor utilizando escala de intensidade.
- ✓ Implementar cuidados com dispositivos médicos:
  - Sonda nasoentérica;
  - Sonda gástrica;
  - Colar cervical;
  - Contenção mecânica;
  - Cateter nasal;
  - TOT/TQT;
  - Sonda vesical de demora;
  - Extensões de cateteres/drenos.

# INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Clientes com **moderado risco** para LPP (escore 13 a 14)

*\*Incluir as intervenções para clientes com baixo risco para LPP*

- ✓ Realizar a mudança de decúbito com dispositivos acolchoados entre as proeminências ósseas (2/2h).
- ✓ Manter **colchão de fluxo de ar** (monitorar se está cheio, sem vazamentos, a cada plantão).
- ✓ Proteger a pele para evitar rompimento (uso de lençol móvel ou o “**passante**” para promover a mobilidade no leito ou transferência).
- ✓ Utilizar **bota protetora** para calcâneo e maléolo (descartar se presença de sujidades).
- ✓ Proteger a pele das proeminências ósseas com **placa de hidrocolóide** ou **filme transparente**.

# INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Clientes com **alto risco** para LPP (escore  $\leq 12$ )

*\*Incluir as intervenções para clientes com baixo e moderado riscos para LPP*

- ✓ Promover segurança e conforto com uso de **colchão pneumático** com ciclo alternado de ar;
- ✓ Investigar fatores que aliviam/pioram a dor como: posicionamento, temperatura, repouso ou movimento;
- ✓ Administrar analgesia após avaliação, conforme prescrição médica, se necessário.
- ✓ Reavaliar a dor após o manejo;
- ✓ Medicação para dor antes dos procedimentos (banho no leito, curativos, conforme prescrição médica).

# INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

## GERENCIAMENTO DE MATERIAIS PARA PREVENÇÃO DE LPP

- ✓ Indicação de produtos de acordo com o risco para LPP (observar risco para pressão, fricção, cisalhamento)
- ✓ ENF -> olhar clínico!

### RISCO BAIXO

- ✓ Estimular movimentação no leito;
- ✓ Manter calcâneos elevados da superfície da cama.

### RISCO MODERADO

- ✓ Manter colchão de fluxo de ar;
- ✓ Utilizar “passante”;
- ✓ Utilizar bota protetora de calcâneo e maléolo;
- ✓ Utilizar placa de hidrocolóide.

### RISCO ALTO

- ✓ Uso de colchão pneumático

Não é recomendado ...



- Massagear as regiões de proeminências ósseas/hiperemiadas;
- Utilizar luvas d'água ou de ar para "aliviar" a pressão nos calcâneos;
- Utilizar almofadas tipo argola.

# Prescrição de Enfermagem



DIAGNÓSTICOS/CUIDADOS	FREQÜÊNCIA	
<b>RISCO DE CONSTIPAÇÃO - IMOBILIDADE</b>		
ausência de defecação abdominal	T	N
baixa frequência das eliminações	T	N
<b>RISCO DE PERFUSÃO TISSULAR CEREBRAL INEFICAZ - ALTERAÇÃO VASCULAR</b>		
depressão do nível da consciência	T	N
alterações no padrão respiratório	T	N
desorientação quanto ao tempo, espaço e pessoa	T	N
<b>RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO - EXTREMOS DE IDADE</b>		
ausência de deambulação	de 2/2 horas	
deformação no leito	T	N
utilizar almofada, sem massagear áreas de proeminência óssea	T	N
realizar cuidado assistencial de prevenção e tratamento de ulcera por pressão com placa de hidrocoloide (25/08/2017), paciente não colaborativo e incontinente em região glútea e	T	N
realizar inspeção em busca de pontos hiperemiados ou isquêmicos - comunicar	T	N
realizar a troca de fralda e lençol sempre que umidos, utilizar técnica adequada em cada troca	T	N
evitar pressão e fricção na pele - não deixar que extensões de dispositivos exerçam pressão sobre a pele do cliente	T	N
realizar higiene íntima após cada evacuação - com água morna e sabão neutro - aplicar pomada protetora em região inguinal e perianal	T	N
<b>RISCO DE INFECÇÃO - PROCEDIMENTO INVASIVO</b>		
realizar cuidados com administração de medicamentos - atentar-se aos 9 passos	T	N
realizar cuidados com soroterapia - manter rótulo devidamente identificado e condições de conservação, trocar equipo parenteral a cada 72h e macrogotas em recipientes devidamente identificados	T	N
realizar cuidados com punção venosa - realizar antisepsia do sítio de punção com álcool 70%, trocar curativo do cvp diariamente, após o banho, e	T	N

Conhecimento  
(saber)



Habilidade  
(saber fazer)



Atitude  
(querer fazer)



# MONITORAMENTO

## Incidência de LPP

$$\frac{\text{n}^{\circ} \text{ de casos novos}}{\text{n}^{\circ} \text{ de clientes expostos ao risco de adquirir LPP}} \times 100$$

# RESPONSABILIDADES DA ENFERMAGEM

## ENF

- ✓ Identificar e classificar o perfil de risco do cliente hospitalizado na unidade para subsidiar os indicadores e as intervenções;
- ✓ Prescrever as ações preventivas e de identificação precoce para LPP, de maneira individualizada, utilizando o Aplicativo de Gestão de Hospitais Universitários (AGHU);
- ✓ Avaliar os resultados e reavaliar o plano de intervenções individual;
- ✓ Supervisionar e capacitar a equipe de enfermagem;
- ✓ Registrar as ações de intervenção e de monitoramento.

## TE

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

# DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

Avaliação das ações de enfermagem na prevenção de LPP nos setores HC-UFTM  
(20/05/2017)

	Nº PAC.	Nº PAC. COM RISCO LPP	Nº PAC. COM RISCO LPP E PRESC. ENF	PRESC. ENF SEGUIDAS	MATERIAIS UTILIZADOS (p/ prevenção LPP)	MUDANÇA DE DECÚBITO 2/2H	DIFICULDADES ENCONTRADAS (p/ prevenção LPP)
C. MÉDICA	32	15	11	N 6 (54,5%)	CA/ TC/ H	N (2x/plantão)	FM
C. CIRÚRGICA	47	5	0	N (não tem no setor)	BP/ TC/ H	S	FM
ORTOPEDIA	20	8	6	N 3 (50%)	BP/ TC/ H	N (1x/plantão)	FM/FF/QN
NEUROLOGIA	15	10	6	S	BP/ TC/ H	S	FM/ QC
ONCO-HEMATO	4	1	0	S	TC/ H	S	FF
UDIP	8	2	2	S	CA/ BP/ TC/ H	S	FM
PSA	45	22	0	N (não tem no setor)	BP/ TC/ H	S	FM/FF/QC
UTI-A	10	10	10	S	CA/ PH/ FT/ BP/ TC/ H	S	FM/QC
UTI-C	10	10	10	S	CA/ PH/ FT/ BP/ TC/ H	S	QC
TOTAL	191	83	45	S-5/ N-4	CA-4/ BP-7/ TC-9/ H-9/ PH-2/ FT-2	S-7/ N-2	FM-7/ FF-3/ QN-1/ QC-4

## Legenda

S- Sim  
N- Não  
CA- Colchão de ar  
PH- Placa de hidrocolóide  
FT- Filme transparente  
BP- Bota protetora  
TC- Travesseiros/coxins  
H- Hidratação  
SP- Spray protetor  
FF- Falta de funcionários  
FM- Falta de materiais  
QN- Questões nutricionais  
QC- Quadro clínico

# Orientações para EAD

<http://ead.uftm.edu.br/>



The image shows a login form titled "ACESSO" with a user icon and window control buttons. It contains two input fields: "Identificação de usuário" and "Senha". Below these is a checkbox for "Lembrar identificação de usuário" and a blue "Acessar" button. At the bottom, there are links for "Criar uma conta" and "Perdeu a senha?". Two purple arrows point to the right side of the user and password input fields.

**ACESSO**

Identificação de usuário

Senha

Lembrar identificação de usuário

**Acessar**

[Criar uma conta](#)  
[Perdeu a senha?](#)

# Orientações para EAD

▷ **MESTRADO EM BIOCÊNCIAS APLICADAS** (1)

## ▼ **INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - ICS**

▷ **CENTRO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

▷ **DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA** (1)

▷ **DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA APLICADA** (13)

▷ **DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO** (1)

▷ **SERVIÇO DE EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM** (7)

▷ **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ATENÇÃO À SAÚDE**

▷ **DEPARTAMENTO MATERNO-INFANTIL**

▷ **PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

▷ **DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL**

# Orientações para EAD

## **Prevenção de Lesão por Pressão**

Professor: Ana Laura Campoi

Professor: Rosana Huppel Engel

Professor: Aldenora Laísa Paiva de Carvalho  
Cordeiro

Professor: thais santos guerra stacciarini

O treinamento "Prevenção de Lesão por Pressão" estará disponível para toda equipe de enfermagem do HC/UFTM, durante o período de outubro a dezembro de 2017. O objetivo geral do curso é: desenvolver perfil de competência voltado para as habilidades cognitivas, atitudinais e psicomotoras para atuação nas esferas de gestão, assistência e educação, tendo em vista a assistência de saúde humanizada e segura ao cliente com risco de Lesão por Pressão. A Carga Horária total é de 08 horas. Este treinamento faz parte das metas institucionais para o biênio 2017-2018 do HC/UFTM.

**Chave de inscrição** *Click to enter text*  

**plpt4**

EAD disponível a partir de 02/10

## Referências

AGHU. Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários.2009. Disponível em: <https://aghu.hctm.ebserh.net/aghu/pages/casca/casca.xhtml>. Acesso: 19-01-2017.

Classificação das lesões por pressão (Consenso NPUAP 2016). Disponível em: <http://www.ibes.med.br/classificacao-das-lesoes-por-pressao-consenso-npuap-2016-adaptada-culturalmente-ao-brasil/#> Acesso em: 26-05-2017.

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.

NANDA INTERNACIONAL. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I (2015- 2017)**. Tradução de Regina Machado Garcez. 10. ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2015.

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.

EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL AND NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (EPUAP/NPUAP). Treatment of pressure ulcers: Quick Reference Guide. Washington DC: **National Pressure Ulcer Advisory Panel**. 2.ed, 2014.

## Referências

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.

BRASIL. Ministério da Saúde; Anvisa; Fiocruz. **Anexo 02: Protocolo para prevenção de úlcera por pressão**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/03/PROTOCOLO-ULCERA-POR-PRESS--O.pdf>> Acesso: 09-05/2017.

Plano de intervenções em enfermagem. **Prevenção de Lesão por Pressão**. Versão 1.0. Serviço de Educação de enfermagem da Divisão de Enfermagem do Hospital de Clínicas/Ebserh da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, 2017.

Úlceras por pressão: Prevenção e tratamento. Guia da Coloplast. Disponível em: <  
[https://www.coloplast.com.br/global/brasil/wound/cpws\\_c\\_guia\\_pu\\_a5\\_d7.pdf](https://www.coloplast.com.br/global/brasil/wound/cpws_c_guia_pu_a5_d7.pdf)> Acesso: 30-05-2017.

Protocolo de prevenção de lesão por pressão PRO.NUSEP.005. Disponível em: <  
<http://www.ebserh.gov.br/documents/214336/1110036/PRO.NUSEP.005+-+PROTOCOLO+DE+PREVEN%C3%87%C3%83O+DE+LES%C3%83O+POR+PRESS%C3%83O.pdf/f7001413-ed33-4033-8259-d0e3b5ba926b>> Acesso: 23-05-2017.

## Referências

- SCARLATTI et al. Úlcera por pressão em pacientes submetidos à cirurgia: incidência e fatores associados. Rev Esc Enferm USP, v.45, n.6, p.1372-9, 2011.
- SANTOS et al. Indicador de qualidade assistencial úlcera por pressão: análise de prontuário e de notificação de incidentes. Rev Gaucha Enferm, v.34, n.1, p.111-118, 2013.
- Material complementar – anatomia e fisiologia da pele. Disponível em:  
<file:///D:/USUARIO/Desktop/1.%20Anatomia%20e%20Fisiologia%20da%20Pele.pdf> Acesso: 12-06-2017.
- WADA, A; TEIXEIRA NETO, N; FERREIRA, M. C. Úlceras por pressão. Rev Med, São Paulo, v.89, n.3/4, p.170-7, 2010.

# OBRIGADA!!

