

PROTOCOLO
NÚCLEO DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS
MULTIPROFISSIONAIS/08/2018

**PREVENÇÃO E TRATAMENTO
DE LESÃO POR PRESSÃO**

Versão 1.0

Hospital de
Clínicas



2018

PROCOLO
NÚCLEO DE PROCOLOS ASSISTENCIAIS
MULTIPROFISSIONAIS/08/2018

**PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE
LESÃO POR PRESSÃO**

Versão 1.0

2018

© 2018 Ebserh. Todos os direitos reservados
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ebserh
www.Ebserh.gov.br

Material produzido pelo Serviço de Educação da Divisão de Enfermagem, em parceria com o Núcleo de Protocolos Assistenciais Multiprofissionais e Núcleo de Segurança do Paciente. Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins comerciais.

Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) – Ministério da Educação

PROTOCOLO ASSISTENCIAL MULTIPROFISSIONAL: Prevenção e tratamento de lesão por pressão.
Serviço de Educação em Enfermagem. Uberaba-MG: HC-UFTM/Ebserh, 2018. 26p.

Descritores: 1. Protocolos 2. Segurança do Paciente 3. Lesão por Pressão

**HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
ADMINISTRADO PELA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES**

Avenida Getúlio Guaritá, 130
Bairro Abadia | CEP: 38025-440 | Uberaba-MG |
Telefone: (34) 3318-5200 | hcuftm.ebserh.gov.br

ROSSIELI SOARES DA SILVA

Ministro de Estado da Educação

KLEBER DE MELO MORAIS

Presidente da Ebserh

LUIZ ANTÔNIO PERTILI RODRIGUES DE RESENDE

Superintendente do HC-UFTM

MARIA CRISTINA STRAMA

Gerente Administrativo do HC-UFTM

DALMO CORREIA FILHO

Gerente de Ensino e Pesquisa do HC-UFTM

GEISA PEREZ MEDINA GOMIDE

Gerente de Atenção à Saúde do HC-UFTM

EXPEDIENTE

Serviço de Educação em Enfermagem / Divisão de Enfermagem
Núcleo de Protocolos Assistenciais Multiprofissionais
Núcleo de Segurança do Paciente
(Produção)

HISTÓRICO DE REVISÕES

Protocolo elaborado por:

(02/2018)

Thaís Santos Guerra Stacciarini

Enfermeira Responsável Técnica (RT) do Serviço de Educação em Enfermagem (SEE) da Divisão de Enfermagem (DE). Membro do Núcleo de Protocolos Assistenciais Multiprofissionais (NPM). Membro do Subcomitê de Lesão por Pressão do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)

Adriana Feliciano Melo

Enfermeira da Unidade de Curativos do Ambulatório Maria da Glória.

Data	Versão	Gestor do Protocolo	Validação do protocolo por especialistas
04/2018	1.0	Thaís S Guerra Stacciarini	<p>Enf. Mara Danielle F P Rodrigues – Chefe da Divisão de Enfermagem Enf. Rosana Huppel Engel – Serviço de Educação em Enfermagem (SEE) Enf. Aldenora Laisa Paiva de Carvalho Cordeiro – SEE Med. Eliene M F Félix - Chefe da Divisão Médica. Presidente do NPM Físio. Taciane C Santana - Serviço de Educação da Reabilitação. Membro do NPM Med. Fernando de Freitas Neves – Infectologista Med. Luiz Gustavo Fagundes Nunes – Cirurgião Vascular Med. Anderson L Simoni – Cirurgião Vascular Med. João Paulo V Santos – Cirurgião Geral e Torácica Med. Marco Aurélio Sertório Grecco – Ortopedista Med. João Lázaro da Silva – Cirurgião Geral e Clínico Geral Med. Guilherme Pardi – Gerontologista Med. Luciana Colombo Tiveron – Cirurgia Plástica Enf. Rosa Helena Aparecida Gonçalves – Núcleo de Métodos Gráficos Enf. Juliana S Alencar – Unidade de Apoio a Gestão em Enfermagem A.S. Ivone Ap Vieira da Silva - Chefe da Unidade de Atenção Psicossocial A.S. Milva Guimarães Leal – RT da Subunidade de Serviço Social Psic. Ione Lucilene Garcia - Psicóloga Nut. Ana Lúcia L Moreira Almeida – Chefe da Unidade de Nutrição Clínica TO. Daniel Gustavo S Carleto – Responsável técnico da Terapia Ocupacional Enf. Daniela Galdino Costa - Unidade de Gestão de Risco Assistencial. Enf. Patrícia Borges Peixoto – Unidade de Gestão de Risco Assistencial. Enf. Luciana Paiva Romualdo - Unidade de Gestão de Risco Assistencial</p> <p>Validação: Unidade de Planejamento Aprovação: Colegiado Executivo</p>

Membros do subcomitê de lesão por pressão do Núcleo de Segurança do Paciente do HC-UFTM:

Cristina Hueb Barata
 Eva Cláudia Venâncio de Senne
 Patrícia Borges Peixoto
 Luciana Paiva Romualdo
 Renata Maria Dias Abreu
 Marisley Francisco

Geisa Perez Medina Gomide
 Ana Rita Ribeiro Souza Silva
 Renata Scalia P. Machado Kappel
 Fabíola Cardoso de Oliveira
 Thaís Santos Guerra Stacciarini

SUMÁRIO

1	DEFINIÇÃO.....	7
2	OBJETIVOS.....	7
3	ÂMBITO DE APLICAÇÃO.....	7
4	PÚBLICO ALVO.....	7
5	GRUPO DE RISCO.....	7
6	FATORES PREDISPONETES A LESÃO POR PRESSÃO.....	8
7	RESPONSABILIDADES.....	8
8	NORMA INSTITUCIONAL.....	11
9	DIRETRIZES ASSISTENCIAIS DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO....	12
9.1	Identificação e Classificação dos Clientes com Risco para Lesão por Pressão.....	12
9.2	Medidas de Prevenção e de Identificação Precoce de Lesão por Pressão.....	12
10	DIRETRIZES ASSISTENCIAIS DE TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO..	16
10.1	Avaliação da Lesão por Pressão.....	16
10.2	Tratamento Lesão por Pressão.....	18
10.3	Evolução da Lesão por Pressão.....	21
11	ILUSTRAÇÕES	22
12	MONITORAMENTO.....	22
13	REFERÊNCIAS	23
	APÊNDICE A.....	24
	APÊNDICE B.....	25

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
Hospital de ClínicasNPM: 08/2018
Versão: 1.0Protocolo Assistencial Multiprofissional
PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO**1- DEFINIÇÃO**

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 - *National Pressure Ulcer Advisory Panel*, 2016).

2 - OBJETIVOS

1. Identificar e classificar os clientes com risco para LPP.
2. Implementar ações preventivas nos clientes com risco para LPP.
3. Identificar precocemente LPP em estágios iniciais.
4. Avaliar, tratar e evoluir as LPP instaladas.
5. Otimizar a indicação e uso racional dos insumos.

3- PÚBLICO ALVO

- Prevenção – Clientes adultos e pediátricos hospitalizados ou em atendimento ambulatorial identificados com riscos para LPP (escores nas escalas Braden ≤ 18 pontos e Braden Q ≤ 16 pontos).
- Tratamento - Clientes adultos e pediátricos com LPP instalada.

4- ÂMBITO DE APLICAÇÃO

- Unidades de internação do HC-UFTM.
- Ambulatórios do HC-UFTM

5- GRUPO DE RISCO

- Clientes com mobilidade física prejudicada (acamados/cadeirantes).
- Clientes com a percepção sensorial comprometida.
- Clientes submetidos à procedimentos cirúrgicos (tempo de cirurgia; posições cirúrgicas e tipo de anestesia).
- Clientes com dispositivos médicos e outros artefatos (colar cervical; órteses; contensores mecânicos; cateteres; drenos; pronga nasal e outros).

6- FATORES PREDISPONENTES A LPP

- Extrínsecos: umidade; calor; pressão, força de cisalhamento e fricção.
- Intrínsecos: índice de massa corporal (IMC) > 30 Kg/m² ou < 18,5 Kg/m², anemia, deficiência nutricional proteica; extremos de idade, hipotensão arterial sistêmica, incontinência urinária/fecal, edema, hipertermia, tabagismo, desidratação; infecções sistêmicas ou locais; comorbidades crônicas (diabetes mellitus; imunossupressão; doenças renal, cardiovascular, neuromuscular, gastrointestinal e outras); uso de alguns tipos de medicamentos (corticoides; sedativos; anestésicos, vasoativas).

7- RESPONSABILIDADES

Equipe Multiprofissional

- Participar do planejamento, execução e avaliação dos cuidados;
- Participar e solicitar parecer técnico da Comissão Especializada em Tratamento de LPP, quando necessário;
- Realizar referência para serviços especializados ou especialistas, quando necessário;
- Participar de grupos de estudos e envolver em capacitações de novas técnicas e tecnologias;
- Participar do planejamento de alta hospitalar: capacitar, orientar e entregar fôlder (APÊNDICE A) para clientes e responsáveis sobre os cuidados de prevenção e tratamento de LPP no domicílio;
- Realizar a contrarreferência dos clientes com LPP para as unidades de atenção primária.

Enfermeiro

- Identificar e classificar o cliente com risco para LPP (risco individual e perfil de risco por unidade);
- Realizar a prescrição de ações preventivas para LPP nos clientes identificados com riscos baixo, moderado e alto. Seguir o Plano de Intervenções Institucional “Prevenção de Lesão por Pressão”;
- 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 que o cliente está exposto na placa de identificação a 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 no formulário “Avaliação de Lesão Crônica” (APÊNDICE B);
- Notificar os casos de LPP estágios 3, 4 e não estádiável no Aplicativo Vigihosp;
- 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.

Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional

- Promover e participar do plano de trabalho para prevenção de LPP referente as ações de mobilização, de redução da sobrecarga tissular e de utilização de superfícies especiais de suporte.

Fonoaudiólogo

- Realizar avaliação fonoaudiológica dos clientes 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 cliente, o cuidador e a equipe de enfermagem sobre o modo de realizar a oferta da dieta e da hidratação, atendendo as necessidades do cliente;
- Realizar a terapia de deglutição por meio de exercícios ativos-assistidos, estimulação de sensibilidade e treino funcional de deglutição.

Psicólogo

- Realizar acolhimento e atendimento psicológico ao cliente, familiares e ou acompanhantes, conforme demanda apresentada.

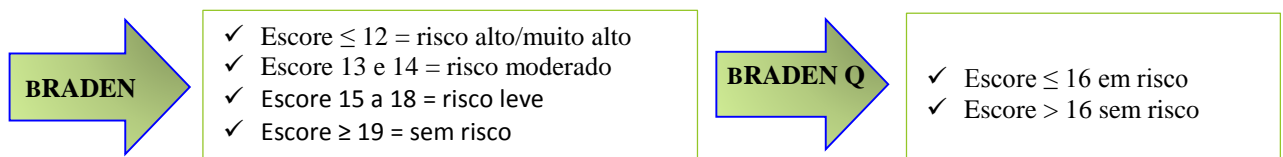
Assistente Social

- Pesquisar a realidade social do cliente e da rede social de apoio do município de referência e tomar providências, quando possíveis;
- Viabilizar recursos disponíveis, junto a Associação dos Voluntários do Hospital de Clínicas da UFTM ou de outros serviços de apoio, quando necessário, para garantir a continuidade dos cuidados;
- Orientar o cliente/familiar sobre os direitos sociais (acesso a medicação e insumos para curativo; auxílio-doença, benefício de prestação continuada, aposentadoria, transporte, acompanhamento na Unidade Básica de Saúde);
- Esclarecer as dúvidas do cliente/família quanto ao acompanhamento ambulatorial, após alta hospitalar.

9 – DIRETRIZES ASSISTENCIAIS DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

9.1 - Identificação e Classificação dos Clientes com Risco para Lesão por Pressão

- A identificação e classificação dos clientes quanto ao risco para LPP será obtida pela aplicação da escala de Braden (adultos) e Braden Q (crianças de 29 dias a 13 anos de idade), mediante os escores:



- As escalas Braden e Braden Q deverão ser aplicadas a todos os clientes hospitalizados, no momento da admissão hospitalar e diariamente.
- A classificação do escore de risco, obtido pelas escalas Braden e Braden Q, deverá ser registrada na planilha “Classificação de Risco para LPP”, no instrumento de coleta de dados do processo de enfermagem “Investigação 24 horas” e na placa de identificação a beira leito, conforme Rotina Operacional Institucional “Classificação de risco e identificação de lesão por pressão”.
- Os domínios das escalas Braden e Braden Q estão direcionadas para a identificação e avaliação das alterações no estado clínico do cliente quanto a: 1. percepção sensorial; 2. umidade; 3. atividade física; 4. mobilidade; 5. nutrição; 6. fricção e cisalhamento; 7. perfusão tissular e oxigenação.

9.2 - Medidas de Prevenção e de Identificação Precoce da Lesão por Pressão

- As intervenções preventivas estão descritas no Plano de Trabalho Multiprofissional (Quadro 1) abordando:
 - ✓ A- Cuidados com a pele.
 - ✓ B - Redução da sobrecarga tissular e utilização de superfícies especiais de suporte.
 - ✓ C- Cuidados com a hidratação e a nutrição.
 - ✓ D- Educação em saúde.
- As intervenções deverão ser selecionadas/aplicadas de acordo com a classificação de risco e as individualidades do cliente.

Agente	Intervenções	Não Conformidades
RISCO LEVE (15 a 18 pontos na escala Braden) - continua		
Equipe de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • Pesar o cliente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se perda de peso, comunicar ao médico ou ao nutricionista.
	<ul style="list-style-type: none"> • Oferecer/Auxiliar na oferta da dieta hospitalar prescrita, quando necessário. 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Quantificar/qualificar a aceitação da refeição e de líquidos. Registrar no prontuário. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se ingestão insatisfatória, investigar possíveis motivos (disfagia, dor, próteses, ansiedade, tipo de alimentos, lesões da cavidade bucal e outros), e comunicar ao médico, ao fonoaudiólogo e/ou ao nutricionista.
	<ul style="list-style-type: none"> • Investigar presença de dor local. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se dor presente, investigar as causas e os fatores que aliviam ou pioram.
Equipe de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • Auxiliar a mudança de decúbito. • Estimular movimentação no leito (utilizar quadros de aviso). 	<ul style="list-style-type: none"> • A determinação do decúbito e do tempo deverá atender as necessidades e limitações do cliente.
Fisioterapeuta	<ul style="list-style-type: none"> • Promover mudanças posturais, após prévia avaliação, de acordo com as necessidades e limitações do cliente. <ul style="list-style-type: none"> ✓ sentar a beira leito ✓ sentar na poltrona ✓ posicionar de pé a beira leito 	<ul style="list-style-type: none"> • Não realizar as mudanças posturais, quando houver instabilidade hemodinâmica, fraturas não corrigidas, presença de dor e risco de queda. • Retornar a posição inicial, caso o cliente apresente algum desconforto (dor, cansaço, lipotímia, câimbras e outros).
Terapeuta Ocupacional		

Quadro 1. Plano de Trabalho Multiprofissional para Prevenção de Lesão por Pressão

Agente	Intervenções	Não Conformidades
RISCO MODERADO (13 e 14 pontos na escala Braden)		
	Continuar com intervenções do risco leve.	
Enfermagem Fisioterapeuta Terapeuta Ocupacional	<ul style="list-style-type: none"> Realizar mudança de decúbitos (lateral direito, dorsal e lateral esquerdo), no máximo, a cada 2 horas. 	<ul style="list-style-type: none"> A determinação do decúbito e do tempo deverá atender as necessidades e limitações e condições do cliente (fratura instável, piora do padrão hemodinâmico, presença de LPP, desconforto respiratório, pós-operatório, fixadores externos e outros).
	<ul style="list-style-type: none"> Posicionar o cliente em decúbito lateral inclinado em ângulo de 30° com apoio de um travesseiro entre proeminências ósseas ou entre áreas do corpo com maior pressão com colchão (Figura 4). 	
	<ul style="list-style-type: none"> Colocar bota de proteção para calcâneos e maléolos (espuma ou gel). 	
	<ul style="list-style-type: none"> Utilizar colchão de fluxo de ar. 	
	<ul style="list-style-type: none"> Orientar os clientes restritos à cadeira de roda a promover a sua mobilização, elevando a região glútea, com apoio dos membros superiores, a cada 15 minutos, para aliviar áreas sob pressão. 	
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> 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. 	<ul style="list-style-type: none"> Retirar a cobertura protetora, antes do prazo estabelecido, se bordas soltas e mudança de coloração.
RISCO ALTO / MUITO ALTO (≤ 12 pontos na escala Braden)		
	Continuar com intervenções de risco moderado	
Equipe Multiprofissional	<ul style="list-style-type: none"> Utilizar colchão pneumático. 	

10- DIRETRIZES ASSISTENCIAIS DE TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO

10.1 - Avaliação da Lesão por Pressão

- A avaliação da LPP deverá ocorrer às trocas de curativo.
- As LPP deverão ser avaliadas quanto as características da lesão (estadiamento; tipo de tecido; exsudato; espaço morto; bordas) e da pele adjacente, conforme Quadro 2, e registradas no formulário “Avaliação de Lesão Crônica” (APÊNDICE B).

Estadiamento	
Estágio 1	✓ pele íntegra com eritema não branqueável, após a remoção de pressão, ou com alterações na sensação, temperatura ou consistência. No cliente de pele escura pode ser observado a descoloração da pele.
Estágio 2	✓ perda parcial da espessura da pele com exposição da derme. Leito da lesão é viável, rosa ou vermelho, úmida e pode se apresentar como uma flictena com exsudato seroso intacto ou rompido.
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.
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.
Lesão por pressão não estadiável	✓ perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível, devido a cobertura densa de esfacelo ou escara.
Lesão por pressão tissular profunda	✓ pele intacta ou não intacta com área vermelho-escura persistente não branqueável, descoloração marrom ou roxa ou separação da epiderme revelando um leito da lesão escuro ou com flictena de sangue. Presente dor e alteração de temperatura local.
Lesão por pressão relacionada a dispositivo médico	✓ de hiperemia a lesões abrasivas mais profundas.
Tipo de Tecido	
Viável	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tecido epitelial – novo tecido de coloração róseo ou brilhante, que se desenvolve a partir das bordas ou como “ilhas” na superfície da lesão. ✓ Tecido de granulação - vermelho vivo ou róseo, brilhante, úmida e granular ou vermelho pálido e opaco (em risco). Obs: Hipergranulação (excesso de tecido de granulação; friável; vermelho pálido) é considerado como condição desfavorável.
Inviável	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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.	
Serossanguinolento	✓ 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/secreção.	
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 avaliação de intensidade de dor (escala de faces; visual analógica ou numérica)		
Sem dor	✓ 0	Frequência: ✓ Nunca ✓ Somente durante a realização do curativo ✓ Frequente ✓ Sempre
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 a lesão; coloração clara; contorno definido, regular ou indefinido;	
Prejudicada	✓ hiperqueratose; não aderida a lesão; descolada; fibrótica; macerada; necrosada; sangrante; friável; edemaciada; enrolada (epíbole).	
Pele adjacente		
Preservada	✓ íntegra	
Prejudicada	✓ alteração de sensibilidade (dor; anestesia; formigamento; prurido), da consistência (edema; endurecida), de temperatura (quente ou fria), de coloração (pálida ou avermelhada), de textura (descamada; ressecada; macerada) e de integridade (vesículas/bolhas, erosão, <i>skin tear</i> etc).	

Quadro 2. Avaliação das características da lesão

10.2 – Tratamento da Lesão por Pressão

- O tratamento da LPP instalada deverá ser implementado em conjunto com as medidas preventivas.
- Os tratamentos tópicos e sistêmicos da LPP considerarão: 1. Procedimentos de limpeza e de debridamento; 2. Aplicação de terapia tópica (coberturas primárias, secundárias e de fixação) e 3. Intervenção sistêmica.

Tratamento Tópico

➔ 10.2.1 Procedimentos de limpeza e de debridamento

- A técnica de limpeza da lesão e da pele adjacente visa remover secreções, tecidos desvitalizados soltos, micro-organismos 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 o Procedimento Operacional Padrão Institucional “Curativo em Ferida Aberta” (STACCIARINI; CUNHA, 2014), seguindo 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 gases)
 - ✓ 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:

1. 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.
2. O debridamento conservador ou cirúrgico deverá ser indicado quando o debridamento pelos meios mecânico e enzimático ou autolítico não forem suficientes.
3. As necroses secas deverão ser “escarificadas”, em forma de rede, (técnica de *Square*) com uso de bisturi ou agulha 0,12X40, antes da aplicação da cobertura tópica enzimática ou autolítica, para facilitar a penetração desse produto.
4. Não é recomendado desbridar necroses estáveis e duras nos membros inferiores, especialmente, nos calcâneos.

➔ 10.2.2 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 (Quadros 3, 4 e 5).

Estágio	Características	Coberturas	Período de Troca		
Estágio 1	Hiperemia	-Áreas com moderada/alta exposição ao cisalhamento/fricção	-Placa de hidrocoloide	Até 7 dias (**antes, se 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	Até 7 dias(**antes, ...)	
		-Moderado exsudato	-Malha não aderente estéril	Cada 24 horas	
Estágio 3 Estágio 4	Escara	-Sem sangramento	-Papaína 10%	Cada 12 horas	
		-Com sangramento	-Hidrogel com alginato de cálcio e sódio (gel)	Cada 24 horas	
	Necrose Úmida	-Necrose mista			
		-Intolerância à papaína			
	Esfacelo	-Pouco/moderado	-Papaína 6%	Cada 12 horas	
		-Camada Espessa	-Papaína 10%	Cada 12 horas	
		-Com sangramento	-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	
	Tecido de granulação	-Sem sangramento	-Papaína 3%	Cada 24 horas	
		-Sem/Com sangramento	-Malha não aderente estéril	Cada 24 horas	
	Ferida complexa	-Debridada	-Hidrogel com alginato de cálcio e sódio (gel)	Cada 24 horas	
-Terapia por pressão negativa			Até 5 dias		
Tissular profunda	Pele intacta/não intacta, com área vermelho escuro	-Alginato de cálcio e sódio com prata (placa ou fita)	Até 5 dias (#antes, ...)		
Pele perilesional	Íntegra	-Placa de hidrocoloide	Até 7 dias(**antes, ...)		
		-Filme transparente de poliuretano não estéril			
Pele perilesional	Lesionada	-Pouca exposição ao cisalhamento/fricção	-AGE	Cada 6 horas	
Pele perilesional	Íntegra	-Pomada óxido de zinco	Às trocas de curativo		
		-Solução polimérica / - AGE			
Pele perilesional	Lesionada	-Solução polimérica	Às trocas de curativo		
		-Malha não aderente estéril			

Quadro 3. Coberturas primárias

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

Quadro 4. Coberturas secundárias

Tipo de dispositivo de fixação/suporte	Cobertura secundária + características do local
Espadrapo/Micropore	Utilizado sobre gazes/compressas esterilizadas + Pele adjacente íntegra
Faixa crepe	Utilizado sobre gazes/compressas esterilizadas + Estruturas anatômicas circulares
Filme transparente de poliuretano não estéril	Utilizado sobre gazes/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 gazes/compressas com fixação + Lesões em calcâneo e maléolo

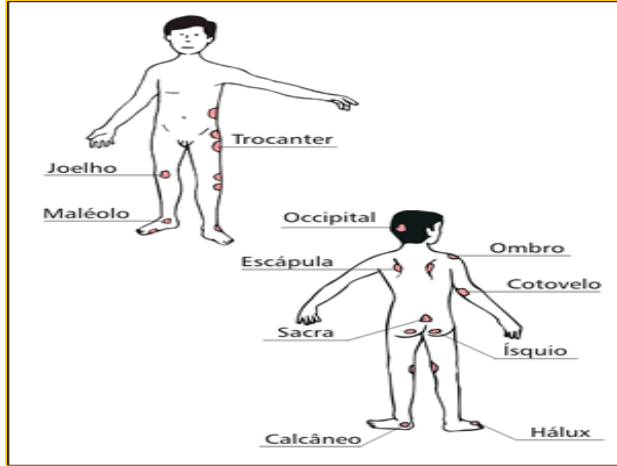
Quadro 5. Dispositivos de fixação

Tratamento Sistêmico

➔ 10.2.3 Intervenções Sistêmicas

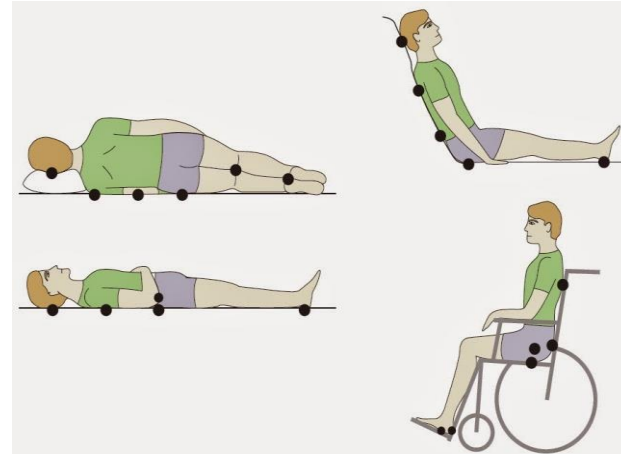
- A terapia sistêmica deverá estar voltada ao tratamento ou controle/ajustes dos fatores intrínsecos do cliente que, diretamente ou indiretamente, interferem ou podem interferir no processo de cicatrização da LPP. Importante: considerar as competências técnicas e legais de cada categoria profissional.
- A análise laboratorial é uma ferramenta indicada como critério de avaliação no processo cicatricial da lesão e guia para adequações nutricionais e metabólicas. Os exames indicados e os valores de referência são:
 - ✓ Hemoglobina glicada (6,5 a 7%)
 - ✓ Albumina sérica (3,5 a 5,2 g/dL)
 - ✓ Hemograma completo (eritrócitos 4 a 6 milhões/mm³; hemoglobina 12 a 18 g/dL; hematócrito 35 a 50%; plaquetas 150.000 a 450.000/mm³; leucócitos 4.500 a 11.000 células/mm³)
 - ✓ Zinco (80 a 120 µg/dL)
 - ✓ Vitamina B12 (200-835 pg/mL)
 - ✓ Vitamina D (>30 ng/mL)

11. ILUSTRAÇÕES



geriderme.blogspot.com

Figura 1. Locais de risco para a instalação da LPP



luizamarques2015.blogspot.com.br

Figura 2. Pontos de risco para a instalação da LPP



geriderme.blogspot.com

Figura 3. Cliente em decúbito dorsal, posição semi-Fowler, cabeceira elevada a 30°, joelhos levemente flexionados e com dispositivo acolchoado sob a panturrilha



geriderme.blogspot.com

Figura 4. Cliente posicionado em decúbito lateral com utilização de acolchoados em áreas de maior pressão.

12. MONITORAMENTO

Indicadores de processo e de resultado

- ✓ Percentual (%) de clientes submetidos a avaliação de risco para LPP
- ✓ Incidência de LPP

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

APÊNDICE A

Fôlder de Cuidado Pós Alta

- ! Realizar o banho com água morna e sabonete neutro, para evitar ressecamento e irritações na pele.
- ! Evitar massagear áreas de proeminência óssea que se encontram avermelhadas.
- ! Hidratar a pele com cremes à base de ácidos graxos essenciais. Suspender o uso do produto se suor excessivo ou alergias.
- ! Proteger a pele do excesso de umidade, trocando a fralda e lençóis, sempre que úmidos. Higienizar a genitália com água e sabonete neutro, secar e aplicar pomada protetora em virilha e região anal, após cada evacuação.
- ! Observar diariamente a integridade da pele. Se houver alguma alteração, consultar um médico/enfermeiro para avaliação.
- ! Ingerir bastante líquidos, principalmente água, desde que não haja restrição médica.
- ! Ingerir alimentos ricos em proteínas, pois a falta de nutrientes deixa a pele mais frágil. Consultar restrições alimentares com nutricionista/médico.
- ! Comunicar ao nutricionista/médico perda de peso.
- ! Se for de interesse, procurar orientação do médico/enfermeiro quanto a outros materiais disponíveis no mercado para a proteção da pele.
- ! Pessoas cadeirantes, levantar o peso de seu corpo, com auxílio dos braços da cadeira, pelo

tempo que suportar. Repetir a ação a cada 15 minutos (Figura 6).

- ! Utilizar assento acolchoado.



Figura 6

Orientações específicas

Responsável:

Unidade:

Contato:

Unidade Básica de Referência

Enfermeiro:

Telefone de contato:



Cuidados domiciliares na prevenção de lesão por pressão

Divisão de Enfermagem
Serviço de Educação em Enfermagem

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

Hospital de Clínicas

UFTM
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

O que é a Lesão por Pressão?

É uma lesão na pele sobre uma proeminência óssea, causada pelo aumento da pressão e/ou atrito, quando uma pessoa fica muito tempo na mesma posição. Pode se apresentar desde manchas vermelho escuro, bolhas e escoriações, até dano total da pele, com possível comprometimento de músculos e ossos.



Figura 1 - Mancha vermelha escura

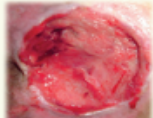


Figura 2 - Lesão profunda

Quem apresenta maior risco para desenvolver este tipo de lesão?

- ! Pessoas acamadas
- ! Pessoas em cadeira de rodas

Essas pessoas têm o risco aumentado quando apresentam também:

- ! Idade avançada (idosos)
- ! Incontinências urinária e fecal
- ! Deficiência nutricional proteica
- ! Anemia, diabetes mellitus, pressão baixa
- ! Magreza ou obesidade

Quais os principais locais de risco para lesão por pressão?

- ! Regiões do corpo onde há proeminência óssea, ou seja, áreas onde os ossos ficam mais salientes na pele (Figura 3).
- ! Área posterior da cabeça (occipital).
- ! Ombros, região superior das costas (escápula) e cotovelos.
- ! Região baixa das costas (sacro).
- ! Nádegas (Ísquilo).
- ! Calcânhares.
- ! Região superior lateral da coxa (trocanter).
- ! Ao lado do pé (maléolo).

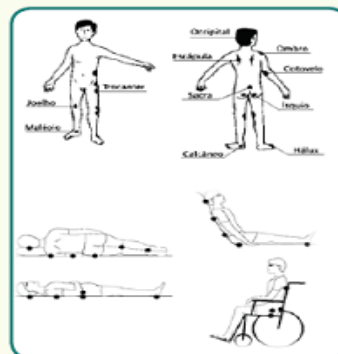


Figura 3 - Locais de risco para a lesão por pressão

Como prevenir?

- ! Utilizar colchão de boa qualidade (densidade 33 a 45).
- ! Manter posição confortável na cama, sem deslizar sobre a mesma.
- ! Manter os lençóis da cama sempre bem esticados, sem dobras ou costuras em contato com a pele.
- ! Realizar mudanças de posições na pessoa acamada, no máximo, a cada 2 horas – lados esquerdo e direito e de costas (Figuras 4 e 5).
- ! Proteger a pele das proeminências ósseas e elevar os calcânhares com a utilização de almofadas de espuma (Figuras 4 e 5).



Figura 4




Figura 5

- ! Ao mudar a pessoa da cama para cadeira ou vice-versa, sempre levá-la e nunca arrastá-la, pois o atrito (arrastar) pode causar lesão na pele

APÊNDICE B

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE LESÃO CRÔNICA

	FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE LESÃO CRÔNICA	HOSPITAL DE CLÍNICAS
Nome:		Registro:
Diagnóstico Médico:	Unidade:	Enfermaria/leito:
Etiologia da Lesão:		Local da lesão:

	Data						
	Horário						
Comprometimento tecidual							
1. Epiderme (Estágio 1)							
2. Até derme (Estágio 2)							
3. Até tecido subcutâneo (Estágio 3)							
4. Até músculos e adjacentes (Estágio 4)							
5. Não estadiável							
Tipo de Tecido / Quantidade (%)							
1. Epitelizado							
2. Granulado							
3. Hipergranulado							
4. Esfacelo							
5. Necrose							
Exsudato							
Quantidade	1. Ausente/seco						
	2. Pequeno/úmido						
	3. Moderado/molhado						
	4. Grande/Saturado						
Tipo	1. Seroso						
	2. Serossanguinolento						
	3. Sanguinolento						
	4. Purulento						
Odor	1. Ausente/Característico						
	2. Fétido						
Espaço morto / Profundidade (cm)							
1. Ausente							
2. Presente A. Túnel B. Loja C. Fístula							
Bordas							
1. Preservada							
2. Prejudicada:							
Pele adjacente							
1. Preservada							
2. Prejudicada:							
Pulso (membro acometido)							
1. Presente: A. Cheio B. Fraco							
2. Ausente							
Dor							
1. Ausente							
1. Presente: A. Leve B. Moderada C. Intensa							
Área da lesão (cm ²)							
Cobertura Primária							
Nome do profissional							

