

 	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Código: POP ENF 8.5</b>
	<b>COMISSÃO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS</b>	<b>Data da Emissão: 19/09/2018</b>
		<b>Versão: 01</b>
		<b>Data de Revisão: 19/09/2018</b> <b>Próxima Revisão: 19/09/2020</b>
<b>PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO (LPP)</b>		
<b>Responsável pela elaboração do POP:</b> Enfermeira Máuria Cavalcante Viégas Enfermeira R2 Letycia das Chagas Castro.		<b>Aprovado por:</b> Enf. Sandra de Souza Lima Rocha (DIEN) Enf. Maria Helena de Souza Praça Amaral (Educação Continuada de Enfermagem)
<b>Responsável pela REVISÃO do POP:</b> Enfermeira Cláudia Cruz da Silva Enfermeira Maria Helena de Souza Praça Amaral Enfermeira Stella Maris Gomes Renault		
<b>1. DEFINIÇÃO</b>		
<p>Lesão por pressão é um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa. A lesão ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição (NPUAP 2016).</p>		
<b>2. OBJETIVOS</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar os indivíduos em risco;</li> <li>• Sistematizar a assistência de enfermagem prestada ao cliente com risco de desenvolver LPP, assim como aos que já são portadores.</li> </ul>		
<b>3. INDICAÇÃO</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes internados no HUGG;</li> <li>• Até nas primeiras 8 horas de admissão.</li> </ul>		
<b>4. PESSOAS E PROFISSIONAIS QUE IRÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO</b>		
Enfermeiros e técnicos de Enfermagem.		
<b>5. MATERIAL A SER UTILIZADO</b>		
Escala de Braden.		
<b>6. DESCREVER DETALHADAMENTE AS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS</b>		
<b>Admissão</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avaliar o cliente nas primeiras 8h da admissão com conhecimento do estado clínico, inspecionar a pele principalmente nos locais onde as UP são mais frequentes como a regiões: occipital, escapular, sacra, coccígea, tuberosidade isquiática, trocanteriana, calcâneos e maléolos;</li> <li>2. Utilizar o instrumento de avaliação de risco de Braden, preconizada na Instituição;</li> <li>3. Utilizar identificação no leito quanto ao risco do paciente;</li> <li>4. Registrar avaliação no impresso o score de risco;</li> <li>5. Identificar no prontuário se o paciente tem risco ou não de desenvolver LPP;</li> <li>6. Acomodar paciente na superfície de apoio específica para o risco observado (colchão cx de</li> </ol>		

ovo e /ou pneumático);

7. Inspeccionar a pele diariamente, principalmente nos locais onde as LPP são mais frequentes como a regiões: occipital, escapular, sacra, coccígea, tuberosidade isquiática, trocanteriana, calcâneos e maléolos;
8. Avaliar a presença de fatores de risco (Imobilidade/ Incontinência urinária e Fecal/ Déficit Nutricional/ idade Avançada /Obesidade/ Caquexia/ Nível de Consciência/ uso de drogas - vasoativas, imunossupressoras, anticoagulantes, quimioterápicos);
9. Reutilizar a escala de **PONTUAÇÃO DE RISCO** de Bradem caso o paciente apresente alteração no quadro clínico.

### Cuidados

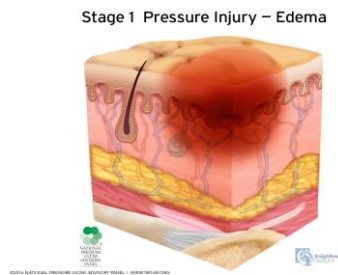
- Limpar a pele com água morna e sabonete líquido neutro, evitando força e fricção;
- Secar o paciente após o banho evitando massagear as áreas de proeminências ósseas se hiperemiadas ou com manchas roxas;
- Evitar maceração realizando secagem cuidadosa em pregas cutâneas, principalmente no caso de pacientes obesos;
- Manter a roupa de cama seca e sem pregas;
- Realizar troca de fraldas sempre que necessário;
- Realizar higiene íntima, evitando exposição prolongada da pele à urina e fezes;
- Aplicar Cremes barreiras nos casos de incontinência urinária e/ou fecal;
- Aplicar emolientes à base óleos vegetais ou ácidos graxos essenciais (AGE), evitando soluções com álcool em sua composição;
- Utilizar coxins aliviadores de pressão para manter as proeminências ósseas longe do contato direto com a superfície, bem como colchões para alívio de pressão (piramidal e pneumático);
- Manter coxins e travesseiros para evitar atrito entre proeminências ósseas, tais como joelhos, maléolos e calcâneos;
- Manter calcâneos elevados e sem contato com a cama;
- Elevar a cabeceira a 30° para redistribuição do peso, se assim a patologia permitir;
- Fazer escalas de mudança de decúbito com intervalos de 2 horas e a 30°;
- Mobilizar o paciente no leito através de traçado móvel, erguendo-o, evitando fricção e cisalhamento pela má utilização de lençol;
- Utilizar técnica adequada de mobilização para cadeira de rodas ou poltrona, orientando o paciente a levantar seu peso a cada quinze minutos, os que não conseguem devem ser auxiliados por outra pessoa;
- Evitar exposição da pele a excesso de umidade;
- Utilizar preferencialmente adesivos hipoalérgicos;
- Retirar adesivos com auxílio de emolientes;
- Aplicar filme de poliuretano ou curativo de espuma em áreas de proeminências ósseas livres de hiperemia não reativa;
- Solicitar parecer à nutrição, em caso de baixa ingesta e /ou risco para Lesão por pressão.
- Estimular a ingesta hídrica e alimentar;
- Oferecer dietas nos horários adequados.

## 7. ATENÇÃO A PONTOS IMPORTANTES E POSSÍVEIS RISCOS

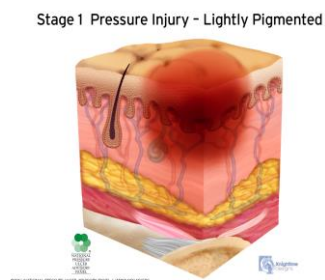
Avaliar a presença de lesão por pressão no paciente, que segundo IRION (2005, p.121) é definida como qualquer lesão provocada por pressão mantida sobre a superfície da pele que causa dano a pele.

Classificar lesão por pressão de acordo com suas características baseado na NPUAP03/4/2016:

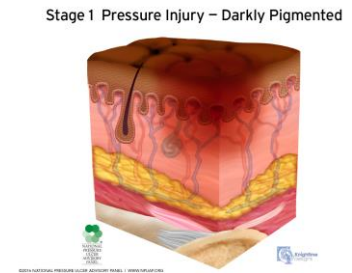
1. **Lesão por pressão estágio I:** Pele íntegra com área localizada de eritema que não embranquece e que pode parecer diferente em pele de cor escura. Presença de eritema que embranquece ou mudanças na sensibilidade, temperatura ou consistência (endurecimento) podem preceder as mudanças visuais. Mudanças na cor não incluem descoloração púrpura ou castanha; essas podem indicar dano tissular profundo.



Fonte: NPUAP, 2016.



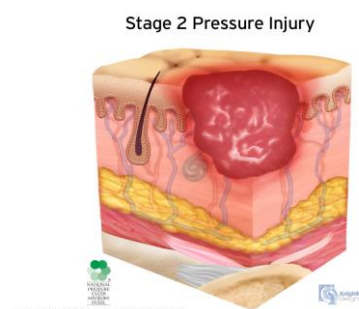
Fonte: NPUAP, 2016.



Fonte: NPUAP, 2016.

**Figura 1: Lesão por Pressão em Categoria I**

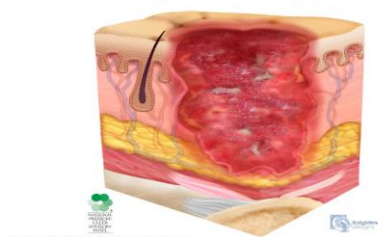
2. **Lesão por Pressão Estágio 2:** Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme. O leito da ferida é viável, de coloração rosa ou vermelha, úmido e pode também apresentar-se como uma bolha intacta (preenchida com exsudado seroso) ou rompida. O tecido adiposo e tecidos profundos não são visíveis. Tecido de granulação, esfacelo e escara não estão presentes. Essas lesões geralmente resultam de microclima inadequado e cisalhamento da pele na região da pélvis e no calcâneo. Esse estágio não deve ser usado para descrever as lesões de pele associadas à umidade, incluindo a dermatite associada à incontinência (DAI), a dermatite intertriginosa, a lesão de pele associada a adesivos médicos ou as feridas traumáticas (lesões por fricção, queimaduras, abrasões).



Fonte: NPUAP, 2016.

3. **Lesão por Pressão Estágio 3:** Perda da pele em sua espessura total na qual a gordura é visível e, freqüentemente, tecido de granulação e epíbolo (lesão com bordas enroladas) estão presentes. Esfacelo e /ou escara pode estar visível. A profundidade do dano tissular varia conforme a localização anatômica; áreas com adiposidade significativa podem desenvolver lesões profundas. Podem ocorrer descolamento e túneis. Não há exposição de fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso. Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável.

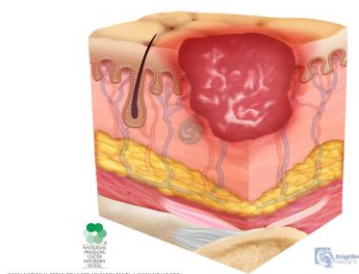
Stage 3 Pressure Injury



Fonte: NPUAP, 2016.

4. Lesão por pressão Estágio 4: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular com exposição ou palpação direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso. Esfacelo e /ou escara pode estar visível. Epíbolo (lesão com bordas enroladas), descolamento e/ou túneis ocorrem freqüentemente. A profundidade varia conforme a localização anatômica. Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável.

Stage 2 Pressure Injury



Fonte: NPUAP, 2016.

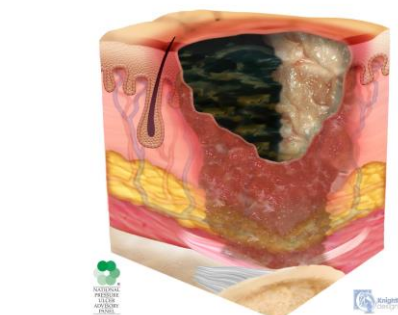
5. Lesão por Pressão Não Classificável: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular na qual a extensão do dano não pode ser confirmada porque está encoberta pelo esfacelo ou escara. Ao ser removido (esfacelo ou escara), Lesão por Pressão em Estágio 3 ou Estágio 4 ficará aparente. Escara estável (isto é, seca, aderente, sem eritema ou flutuação) em membro isquêmico ou no calcâneo deve ser removida.

Unstageable Pressure Injury - Dark Eschar



Fonte: NPUAP, 2016.

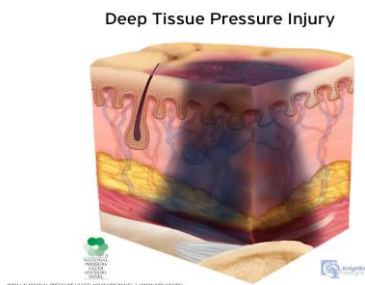
Unstageable Pressure Injury - Slough and Eschar



Fonte: NPUAP, 2016.

6. Lesão por Pressão Tissular Profunda: Pele intacta ou não, com área localizada e persistente de descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura que não embranquece ou separação epidérmica que mostra lesão com leito escurecido ou bolha com exsudato sanguinolento. Dor e mudança na temperatura frequentemente precedem as alterações de coloração da pele. A descoloração pode apresentar-se diferente em pessoas com pele de tonalidade mais escura. Essa lesão resulta de pressão intensa e/ou prolongada e de cisalhamento na interface osso-músculo. A ferida pode evoluir rapidamente e revelar a

extensão atual da lesão tissular ou resolver sem perda tissular. Quando tecido necrótico, tecido subcutâneo, tecido de granulação, fáscia, músculo ou outras estruturas subjacentes estão visíveis, isso indica lesão por pressão com perda total de tecido (Lesão por Pressão Não Classificável ou Estágio 3 ou Estágio 4). Não se deve utilizar a categoria Lesão por Pressão Tissular Profunda (LPTP) para descrever condições vasculares, traumáticas, neuropáticas ou dermatológicas.



Fonte: NPUAP, 2016

7. Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico: 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.
8. Lesão por Pressão em Membranas Mucosas: A lesão por pressão em membranas mucosas é encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas.

## 8. RESULTADOS ESPERADOS

- Pele íntegra e hidratada;
- Ausência de lesões.

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DEFIN IRION,G. Feridas Novas Abordagens, manejo clínico e atlas em cores. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

PUBLICAÇÃO OFICIAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA - SOBEST e da Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia- SOBENDE. Disponível em: <<http://www.sobest.org.br/textod/35>>. Acessado em: 22/08/2016.

THE NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL - NUAP. Pressure Injury Stages. Disponível em: <<http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/npuap-pressure-injury-stages/>>. Acessado em: 22/08/2016.

THE NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL - NUAP. Pressure Injury Stages Illustrations. Disponível em: <<http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/pressure-injury-staging-illustrations/>>. Acessado em: 22/08/2016.