

**PROCEDIMENTO SISTÊMICO****PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO****EXECUTANTES E ENVOLVIDOS**

Setor	Profissional
Setores assistenciais	Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Nutricionistas, Serviço Social, Fisioterapeuta, Psicólogo, Médicos (Cirurgia Plástica), Terapeutas Ocupacionais, Fonoaudiólogo.

**EQUIPAMENTOS E MATERIAIS NECESSÁRIOS**

- Computador;
- Agente de limpeza suave para a pele;
- Hidratante / Creme de uréia;
- Colchão hospitalar com densidade 28 ou 33;
- Almofadas piramidais para calcâneos e cotovelos - coxins;
- Kit prona – Coxins;
- Almofadas plásticas para poltronas, cadeiras de roda e de banho;
- Lençóis sempre secos, sem vincos e sem restos alimentares;
- Dieta ou suplemento hiperprotéico;
- Coberturas/produtos próprios para prevenção e tratamento de lesões padronizadas na instituição.

**DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE****1. INTRODUÇÃO**

Lesão por pressão (LP) 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.” O estadiamento da Lesão por Pressão tem como objetivo a descrição clínica observável de alteração tecidual e acompanhamento da lesão; o significado desses fatores, no entanto, ainda deve ser elucidado (NPUAP, 2016).

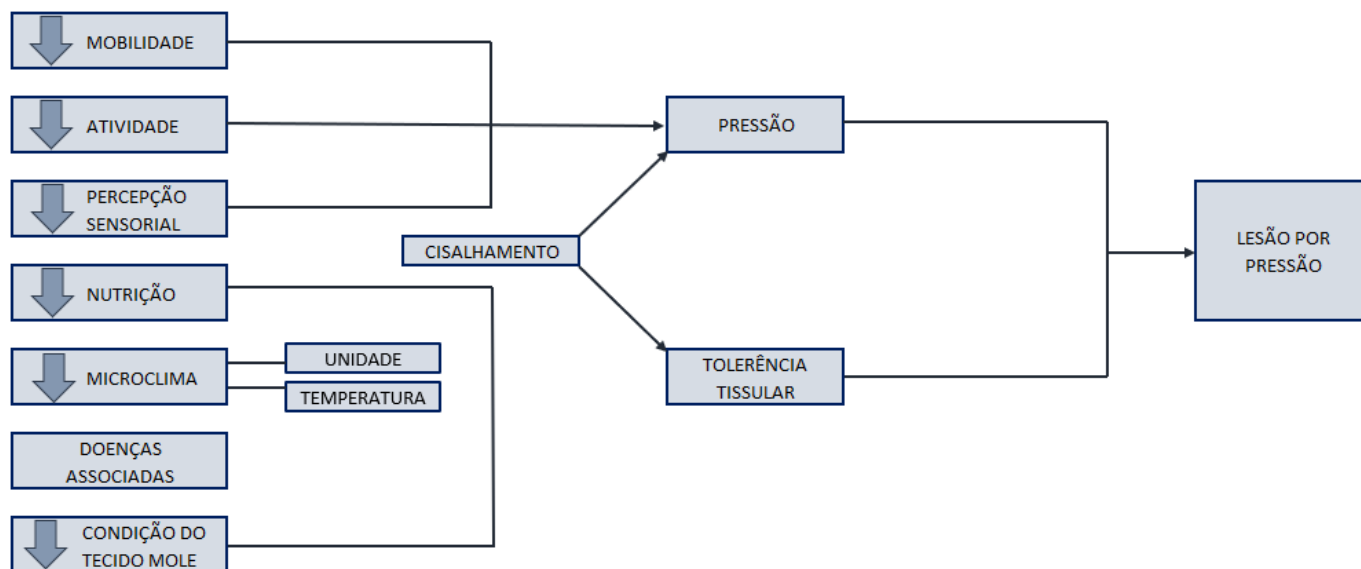
**PRINCIPAIS FATORES DE RISCO PARA DESENVOLVIMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO**

O paciente deve ser monitorado rotineiramente quanto ao risco de desenvolvimento de lesão por pressão, pois diversos fatores, tais como : o aumento da umidade da pele, alterações na percepção sensorial, tempo de internação, pressão,

fricção, deficiência na mudança de decúbito, estado nutricional, tipo de pele, patologias crônicas e uso de medicamentos, podem contribuir para ocorrência destas lesões. (NPUAP, 2016).

A avaliação e prescrição de cuidados para promoção de prevenção e tratamento de lesão por pressão é uma atribuição do enfermeiro, entretanto também é fundamental a participação da equipe multiprofissional no planejamento dos cuidados ao beneficiário em risco.

**ESQUEMA CONCEITUAL DOS FATORES DE RISCO**



Referência: Dr<sup>a</sup>. Eline Lima Borges

**2. PRINCIPAIS OBJETIVOS DO PROTOCOLO**

- Instituir ações para promoção da prevenção de lesão por pressão aos pacientes em risco em todas as unidades assistenciais do HMDCC.
- Avaliar e classificar o grau de risco para desenvolvimento de lesão por pressão utilizando a Escala de Braden na admissão, a cada 24 horas e/ou mudança de contexto clínico;
- Normatizar técnicas de acompanhamento à pacientes portadores de lesões cutâneas e estomias acompanhados no HMDCC.
- Padronizar a escolha da cobertura (ideal), conforme indicação a ser utilizada no tratamento e prevenção de lesões cutâneas dos pacientes.
- Estabelecer as rotinas de troca de curativos para pacientes.
- Reduzir incidência de lesões por pressão no HMDCC.

- Reduzir os custos associados ao tratamento de lesões evitáveis, com a implementação de medidas preventivas.

### 3. RESPONSABILIDADES E COMPETÊNCIAS:

#### Compete a equipe multiprofissional

- Participar do planejamento, execução e avaliação dos cuidados;
- Participar e solicitar parecer técnico da Comissão Especializada em Tratamento de LP, 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 para clientes e responsáveis sobre os cuidados de prevenção e tratamento de LP no domicílio;
- Realizar a contrarreferência dos clientes com LP para as unidades de atenção primária.

#### Enfermeiro

- Realizar a ectoscopia do paciente na admissão e registrar corretamente a presença ou não de lesões na pele;
- Identificar e classificar o cliente com risco para LP (risco individual e perfil de risco por unidade);
- Realizar a prescrição de ações preventivas para LP nos clientes identificados com riscos baixo, moderado e alto segundo escala de Braden. 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 LP 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 LP de maior complexidade;
- Realizar o debridamento da LP com instrumental conservador, se indicado;
- Avaliar e evoluir a lesão a cada troca de curativo no Tasy.
- Capacitar/Supervisionar/Orientar/Monitorar a equipe de enfermagem quanto à adesão as medidas de prevenção e tratamento da LP;
- Realizar a evolução diariamente da lesão em local próprio no tasy, assim como, sinalizá-lo no quadro de gestão de risco e passômetro;
- Solicitar interconsulta, se necessário com equipe de apoio (estomaterapia, plástica, cirurgia geral);
- Notificar como evento adverso novas lesões adquiridas no paciente no decorrer da internação;

## PROCEDIMENTO SISTÊMICO

**HOSPITAL  
METROPOLITANO**  
DR. CÉLIO DE CASTRO

**Hospital Metropolitano  
Doutor Célio de Castro**

Página: 4 de 42

## PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

Identificação: PRS\_HMDCC\_NSP\_005

Data da Elaboração: 01/2017

Nº Revisão: 4.0

Data: 07/2021

Próxima revisão: 07/2023

### Técnico/Auxiliar de Enfermagem

- Realizar o curativo da LP, conforme a avaliação do enfermeiro;
- Registrar as características da LP no Tasy;
- Comunicar qualquer alteração e não conformidades observadas ao enfermeiro.
- Realizar as medidas preventivas de LP como por exemplo: mudança de decúbito em atendimento ao relógio de mudança de decúbito, posicionar corretamente o paciente com uso de coxins para elevação de calcâneo e descompressão de locais com maior pressão de extremidades;
- Seguir as recomendações de cuidados conforme o risco avaliado na escala de Braden.

### Médico

- Solicitar exames laboratoriais para a avaliação bioquímica;
- Monitorar e intervir nos fatores intrínsecos e sistêmicos do cliente que o predispõe ao risco de LP;
- Realizar a prescrição dietética de macro e micronutrientes e suplementação com aminoácidos e imunomoduladores, incluindo a hidratação oral, de acordo com as necessidades de cada cliente;
- Realizar debridamento cirúrgico em LP estágios 3 e 4 com complicações e sem evolução;
- Intervir nos casos diagnosticados ou suspeitos de LP estágio 4, para investigação de osteomielite á cargo das especialidades de ortopedia e cirurgia plástica;
- Intervir cirurgicamente na LP não infectada que esteja com borda descolada, enrolada, fibrótica e hipergranulada; com loja e/ou com perda substancial de tecido á cargo da cirurgia plástica;
- Solicitar a cultura microbiológica da lesão, quando observado sinais sugestivos de infecção;
- Prescrever terapia antimicrobiana sistêmica, quando necessário.

### Nutricionista

- Realizar a consulta nutricional (avaliação clínica, bioquímica e antropométrica), mediante solicitação da equipe, para identificar os clientes com fatores de risco nutricional;
- Adequar a prescrição dietética incluindo a suplementação, de acordo com as necessidades do cliente;
- Acompanhar os exames laboratoriais para a avaliação bioquímica e nutricional (proteínas totais e frações, glicemia, vitamínicos e hemograma);
- Realizar a evolução clínica e nutricional dos clientes com risco ou LP instalada e adequar a prescrição dietética, se necessário;

- Acompanhar os clientes com risco para LP, mediante solicitação, e adequar a prescrição dietética por via oral ou cateter enteral.

Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional

- Promover e participar do plano de trabalho para prevenção de LP 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;
- 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.

### **4. ANATOMIA, FISIOPATOLOGIA E CICATRIZAÇÃO DA PELE**

#### **4.1. ANATOMIA DA PELE**

**A pele representa de 8 a 16% do peso corpóreo total e pode atingir até 2m<sup>2</sup> de extensão em um indivíduo adulto, o que lhe confere a denominação de maior órgão do corpo humano. É constituída de três camadas: a epiderme, mais externa;**

PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

Identificação: PRS\_HMDCC\_NSP\_005

Data da Elaboração: 01/2017

Nº Revisão: 4.0

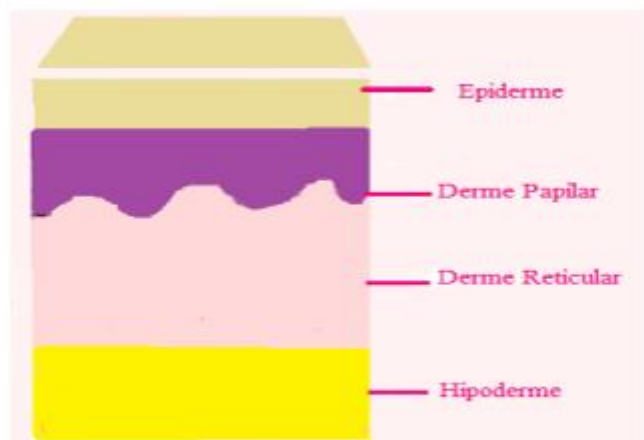
Data: 07/2021

Próxima revisão: 07/2023

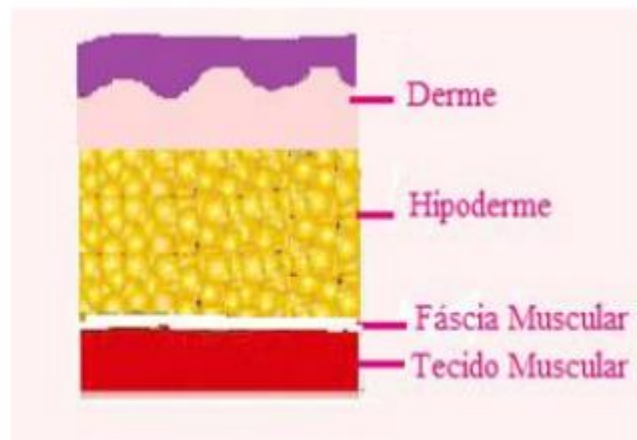
a derme, segunda camada; e a hipoderme ou tecido celular subcutâneo que, para alguns autores, não faz parte das camadas da pele, serve apenas como interface para unir as demais camadas da pele e os tecidos profundos.

A **epiderme** é formada pelo epitélio pavimentoso estratificado e queratinizado, com espessura variável de 0,04 a 1,5 mm, e é dividida em cinco camadas: basal ou germinativa, espinhosa, granulosa, lúcida e córnea, da camada mais interna para a externa. Sua constituição celular apresenta os queratinócitos como células predominantes, que são considerados por alguns autores como células nativas da epiderme e apresentam como elemento constitutivo os melanócitos, produtores de melanina, cuja função é de proteger a pele contra os raios ultravioleta; as células de Langerhans, que fazem parte do sistema imunológico; as células de Mékel, especializadas em sensações mecanoreceptoras e comumente encontradas nas palmas das mãos, nos pés e nos lábios e que se destacam como receptores extremamente valiosos para localizar a pressão constante sobre a pele.

A **derme** é uma camada de tecido conjuntivo, que apresenta espessura variável de 1 a 4 mm, conforme a região anatômica, é 15 a 40 vezes maior do que a da epiderme. É constituída de mucopolissacarídeos, fibras colágenas, elástica e reticulares. É rica em nervos sensitivos mielinizados, como o corpúsculo de Vater-Pacini (pressão), corpúsculos de Meissner (tato), corpúsculos de Krause (frio), corpúsculos de Ruffini (sensibilidade térmica) e meniscos de Merkel-Ranvier. Divide-se em duas camadas importantes: a derme papilar, ou perianexal, e a reticular. O componente da derme que mais se destaca é o colágeno, uma proteína fibrosa, que atua como a principal proteína estrutural do organismo e é encontrada nos tendões, nos ligamentos e nos revestimentos dos ossos e representa 70% do peso seco da pele. Suas fibras representam 95% do tecido conectivo da derme e apresentam-se com diferentes composições e funções definidas, como colágeno tipo I ao VII.



Arte: Maria Genilde Campos - 2016



Arte: Maria Genilde Campos - 2016

A **hipoderme**, ou tecido celular subcutâneo, é considerada a terceira camada da pele; é formada por células gordurosas, os adipócitos, cuja função é de armazenar gordura (energia), funcionar como isolamento térmico, proteger e amortecer traumas.

#### 4.2. FISIOPATOLOGIA DA PELE

A pele desempenha diversas funções vitais e primordiais para que o organismo funcione e seja protegido contra agressões mecânicas (traumas), físicas (radiações, frio, calor), químicas e biológicas (bactérias, vírus, fungos). É revestida por um tecido queratinizado impermeável, mantém a função de barreira protetora contra a entrada de substâncias e microrganismos do meio externo para o interno e inibe a perda de fluidos do meio interno para o externo, o que resulta na homeostase do organismo humano. A regulação da temperatura, o equilíbrio hidroeletrolítico por meio das glândulas sudoríparas, a percepção das sensações táteis, através dos receptores neurais (frio, calor, dor, tato, pressão), e a produção de vitamina D (que atua nos ceratinócitos) são algumas das importantes funções desempenhadas pela pele. A morte celular poderá acontecer através da necrose ou da apoptose.

- **Necrose** é uma alteração morfológica que acontece depois que a célula morre, devido à ação progressiva de enzimas nas células que sofreram uma lesão letal, o que corresponde à lesão exógena irreversível. É um processo progressivo de degeneração, em que as células necróticas não conseguem manter a integridade da membrana plasmática, extravasam seu conteúdo e podem causar inflamação no tecido adjacente.
- **Apoptose** é a via de morte celular, programada e controlada intracelularmente, através da ativação de enzimas que degradam o DNA nuclear e as proteínas citoplasmáticas. A membrana celular permanece intacta, o que difere bastante das situações de necrose, porquanto a célula é eliminada rapidamente, de maneira a não dar tempo de o seu conteúdo extravasar e causar uma reação inflamatória.

#### 4.3. CICATRIZAÇÃO DA PELE.

A cicatrização faz parte de um processo fisiológico, dinâmico e complexo, que ocorre em sequência e sobreposição, com o objetivo de corrigir o defeito e restaurar a superfície da pele. Ela acontece através de uma relação de eventos celulares e moleculares, de forma coordenada, que interagem para que o tecido seja reconstituído. Apresenta três fases: a inflamatória, a proliferativa ou de granulação e a de remodelação ou maturação, descritas no quadro abaixo:

#### FASE INFLAMATÓRIA

**Fase inflamatória**



Fonte:  
<https://evaldoneres.blogspot.com.br/search?updated-max=2015-08-02T23:29:00-03:00&max-results=50&reverse-paginate=true&start=9&by-date=false> - 2016

É a primeira etapa do processo cicatricial, em que, inicialmente, o organismo responde ao trauma e há uma reação vascular e inflamatória, seguida de hemostasia, de remoção de restos celulares e de microorganismos. É a fase em que aparecem os sinais clínicos da inflamação (edema, eritema, calor e dor) e as células de defesa leucocitárias, com destaque para os neutrófilos, cuja função primária, no local da lesão, é a de destruir bactérias por meio da fagocitose, da liberação de enzimas e dos radicais livres. Há, ainda, a ação dos macrófagos, que destroem as bactérias, limpam o local da ferida dos resíduos celulares e estimulam o crescimento de um novo tecido.<sup>7,17</sup>

**FASE PROLIFERATIVA OU DE GRANULAÇÃO**

**Fase proliferativa ou de granulação**



Fonte: autoras - 2016

Segunda etapa do processo cicatricial, a fase de granulação compreende a formação de um tecido novo (angiogênese), com coloração vermelha, brilhante e de aspecto granuloso, em que se proliferam e migram os fibroblastos responsáveis pela síntese de colágeno, seguida da epitelização, que consiste no fechamento da superfície da úlcera pela multiplicação das células epiteliais da borda, diminuição da capilarização, redução do tamanho da ferida, através de sua contração, e da ação especializada dos fibroblastos.<sup>17</sup>



**FASE DE REMODELAÇÃO OU MATURAÇÃO****Fase de maturação ou remodelagem**

Fonte: autoras-2016

Terceira e última etapa do processo cicatricial, a fase de maturação, ou remodelagem, caracteriza-se pela diminuição da vascularização e pela reorganização das fibras de colágeno, que leva a uma cicatriz com aspecto plano, devido à diminuição da migração celular, e com alteração da coloração de vermelha para róseo/branco pálido. Destaca-se também pelo aumento da força tênsil que, no início, é muito fina e vai se intensificando até ficar espessa. <sup>9</sup> Depois de três semanas de fechamento da ferida, a força tênsil se aproxima de 20% do tecido original. Quando completa cinco semanas, essa força fica por volta de 40% e, no final de oito semanas, atinge 70% da força original. Ressalta-se que essa força tênsil nunca será igual à do tecido sadio.<sup>18</sup>

A quantidade de tecido perdido durante a injúria e a presença ou não de infecção influenciarão sobremaneira o tipo de cicatrização, que poderá ser de primeira, segunda e terceira intenção.

**A cicatrização por primeira intenção** ocorre quando as bordas da lesão estão justapostas, não apresentam infecção e são aproximadas cirurgicamente. Por **segunda intenção**, ocorre quando as bordas estão afastadas pela perda tecidual significativa, e a lesão poderá ou não apresentar processo infeccioso. Na cicatrização por **terceira intenção**, acontece a aproximação das bordas, depois de uma preparação inicial do leito da ferida, principalmente se ela apresentar indícios de infecção, que deve ser, inicialmente, tratada para posterior sutura da lesão.

Há dois tipos de fatores intrínsecos e extrínsecos à ferida que interferem diretamente no processo cicatricial:

- Fatores sistêmicos - aqueles que incidem sobre o organismo e dificultam a cicatrização;
- Fatores locais - que incidem sobre a lesão;

PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

Identificação: PRS\_HMDCC\_NSP\_005

Data da Elaboração: 01/2017

Nº Revisão: 4.0

Data: 07/2021

Próxima revisão: 07/2023

FATORES SISTÊMICOS	FATORES LOCAIS
<b>Nutrição:</b> a cicatrização requer um aporte nutricional adequado. Qualquer déficit nutricional relacionado ao comprometimento da capacidade de se alimentar, perda de peso recente, distúrbios da desnutrição e a <u>supernutrição</u> relacionada à obesidade predispõem ao desenvolvimento de lesões cutâneas e retardam a evolução do processo cicatricial	<b>Edema:</b> interfere na oxigenação e na nutrição dos tecidos em formação impede a síntese do colágeno e a proliferação celular e reduz a resistência dos tecidos dos tecidos à infecção.
<b>Hormônios:</b> presentes nas situações de estresse, os hormônios podem diminuir a reação inflamatória, inibir a oferta de leucócitos e a permeabilidade do vaso, o que compromete a perfusão da ferida, diminui a resposta imunológica e interfere no processo fisiológico da cicatrização.	<b>Infecção Local, necrose e presença de corpos estranhos:</b> problema a reação inflamatória, provocam a destruição tecidual, inibem a angiogênese, retardam a síntese de colágeno e impedem a <u>epitelização</u> .
<b>Idade:</b> nos idosos, a cicatrização tende a ser mais lenta do que nos jovens, devido a problemas nutricionais, <u>imunidade</u> , circulação e respiração deficiente, além da hidratação, que, nessa faixa etária, é comprometida entre outros	<b>Ressecamento:</b> estudos apontam que a umidade na ferida melhora de 35% a 45% o percentual de nova <u>epitelização</u> .
<b>Medicamentos sistêmicos:</b> algumas medicações interferem diretamente no processo cicatricial, como os <u>antinfamatórios</u> , que reduzem a fase inflamatória e retardam a cicatrização, além dos corticoides, que atuam <u>imunodreprimindo</u> o paciente, os antineoplásicos, que interferem na <u>ações</u> do colágeno e na regeneração da epiderme, entre outros.	
<b>Insuficiência vasculares:</b> o fluxo sanguíneo em quantidade inadequada diminui a oxigenação <u>teciudual</u> e retarda e pode estagnar a cicatrização.	
<b>Edema:</b> interfere na oxigenação e na nutrição dos tecidos em formação impede a síntese do colágeno e a proliferação celular	
<b>Extensão e local da ferida:</b> o comprometimento da perda tecidual em extensão e profundidade e a localização da ferida interferem diretamente na duração do processo cicatricial.	
<b>Pressão e técnica de curativo inadequada:</b> a pressão continua sobre a ferida interrompe o fluxo sanguíneo e impede que ele chegue aos tecidos, e a técnica de curativo inadequada, como limpeza vigorosa ou o uso de coberturas secas podem provocar trauma mecânico á lesão. Isso dificulta ou uso de coberturas secas podem provocar trauma mecânico á lesão. Isso dificuldade ou impede a cicatrização.	

5. DEFINIÇÕES DE LESÃO POR PRESSÃO

- **Pressão:** é a força exercida sobre alguma coisa. Pode indicar o ato e comprimir ou pressionar e também corresponde a uma grandeza do contexto da Física.
- **Fricção:** é uma força de contato exercida sobre um plano paralelo à pele, onde duas superfícies (pele e superfície de contato) deslizam uma contra a outra.

- **Cisalhamento:** é uma força de tração exercida sobre um plano transversal à pele, fazendo a deslizar sobre a estrutura muscular. Segundo Wada (2010), essa força pode levar a oclusão ou mesmo rompimento dos capilares responsáveis pela perfusão da pele neste local.
- **Microclima:** é gestão da temperatura e umidade adequadas para a pele. Conforme o guia de consulta rápida NPUAP/EPUAP/PPPIA 2014, qualquer superfície que esteja em contato com a pele tem o potencial de afetar o microclima, alterando a taxa de evaporação da umidade e a taxa de dissipação do calor da pele. O efeito sobre o microclima depende da natureza e do tipo de cobertura da superfície de apoio.
- **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).

## 6. CLASSIFICAÇÃO DAS LESÕES:

- **Lesão por Pressão Estágio 1:** 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 (NPUAP,2016).

Figura 1 - Lesão por Pressão Estágio 1 - Pele íntegra com eritema não branqueável.



Fonte: NPUAP



- **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

## PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

Identificação: PRS\_HMDCC\_NSP\_005

Data da Elaboração: 01/2017

Nº Revisão: 4.0

Data: 07/2021

Próxima revisão: 07/2023

exsudato 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) (NPUAP,2016).

Figura 2 - Lesão por Pressão Estágio 2 - Perda de espessura parcial da pele com exposição da derme.



Fonte: NPUAP



- **Lesão por Pressão Estágio 3:** Perda da pele em sua espessura total na qual a gordura é visível e, frequentemente, tecido de granulação e epíbole (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 (NPUAP,2016).

Figura 3 - Lesão por Pressão Estágio 3 - Perda total da espessura da pele.



Fonte: NPUAP

- 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. Epibole (lesão com bordas enroladas), descolamento e/ou túneis ocorrem frequentemente. 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 (NPUAP,2016).

Figura 4 - Lesão por Pressão Estágio 4 - Perda total da espessura da pele e perda tissular.



Fonte: NPUAP

- 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 não deve ser removida (NPUAP,2016).

## PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

Identificação: PRS\_HMDCC\_NSP\_005

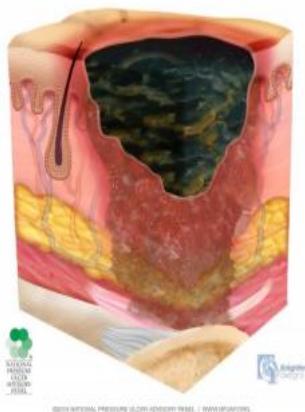
Data da Elaboração: 01/2017

Nº Revisão: 4.0

Data: 07/2021

Próxima revisão: 07/2023

Figura 5 - Lesão por Pressão não Estadiável.



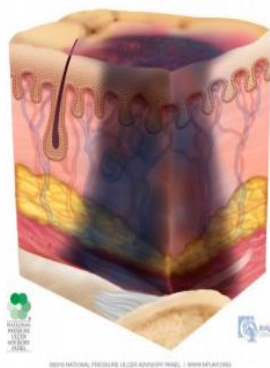
Fonte: NPUAP



- **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 (LTP) para descrever condições vasculares, traumáticas, neuropáticas ou dermatológicas (NPUAP,2016)

PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

Figura 6 - Lesão por Pressão Tissular Profunda



Fonte: NPUAP



- 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)



**PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO**

Identificação: PRS\_HMDCC\_NSP\_005

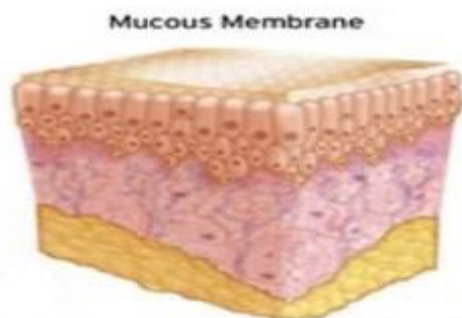
Data da Elaboração: 01/2017

Nº Revisão: 4.0

Data: 07/2021

Próxima revisão: 07/2023

- **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 (NPUAP,2016)



## 7. INTERVENÇÕES PARA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

### 7.1 - AVALIAÇÃO DE RISCO – ESCALA DE BRADEN

Todos os pacientes, no âmbito do HMDCC, são avaliados através da escala de Braden pelo profissional Enfermeiro, no momento da admissão (até 08 horas) e a cada 24 horas para as Unidades de internação e CTI.

Os instrumentos utilizados na instituição para registrar as avaliações feitas pelos profissionais são as escalas de Braden e as evoluções diárias (Prontuário Eletrônico).

Segundo o Ministério da Saúde (2013) a Lesão por Pressão (LP) pode ser evitada por meio da identificação dos pacientes em risco e da implantação de estratégias de prevenção confiáveis para todos os pacientes identificados como de risco.

A avaliação de risco deve contemplar os seguintes fatores : mobilidade, umidade (incontinência), déficit sensitivo e estado nutricional (incluindo desidratação).

Para pacientes com pontuação acima de 18 pontos na escala de Braden o risco de desenvolver lesão por pressão deverá ser avaliado de acordo com critério clínicos ou alteração de seu estado de saúde.

As escalas preditivas devem ser utilizado em associação à avaliação clínica do enfermeiro. Assim, qualquer que seja o escore alcançado na escala, a avaliação clínica deverá ser soberana perante a existência de fatores de risco para Lesão por pressão e de comorbidades inerentes ao desenvolvimento desta lesão cutânea.

Um plano de cuidados específicos para prevenção de alterações cutâneas, portanto, deve ser implementado.



## Interpretação do Escore



Uma vez instalada, a ferida causa um importante impacto físico, psicológico e social à pessoa, aos seus familiares e à sociedade, portanto, precisa de uma abordagem holística e humanizada para ser tratada, que deve envolver a avaliação clínica criteriosa da pessoa com ferida (anamnese e o exame físico geral e específico da ferida). Ao avaliar a pessoa com ferida, devem ser consideradas as percepções de suas condições gerais de saúde e as características específicas da lesão. Nas condições gerais, deverão ser observados o padrão de oxigenação, a perfusão tissular, a mobilidade física, o estado nutricional, as doenças crônicas associadas, o uso de drogas, os medicamentos e as condições emocionais e psicossociais.

### 7.2. AVALIAÇÃO DA LESÃO – FERRAMENTA “TIME” E EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

A ferramenta TIME é um sistema empregado para avaliar feridas crônicas, embasada no conceito de Wound Bed Preparation (WBP) - Preparo do leito da ferida, fundamentada no acrônimo TIME/DIME, derivado dos termos em inglês: a letra “T” (Tissue/Debridement) corresponde ao tecido não viável, a letra “I” (Infection), à infecção e à inflamação, a letra “M” (Moisture) trata do desequilíbrio da umidade, e a letra “E” (Edge) corresponde ao avanço epitelial/margens. Esses princípios são utilizados para demonstrar os diferentes aspectos fisiopatológicos e as anormalidades subjacentes às feridas crônicas que interferem no processo de cicatrização. Além dos instrumentos de avaliação preconizados pelas diretrizes nacionais e internacionais, outros podem ser instituídos pelo próprio avaliador ou pela instituição de saúde, de forma a adequar a sua realidade e ao nível de atenção básica, ambulatorial ou hospitalar. Para avaliar a ferida, deverão ser abordados os critérios clínicos pertinentes ao processo cicatricial, para que, com o resultado dessa avaliação, sejam direcionadas intervenções mais específicas com vistas a fechar a lesão.

PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

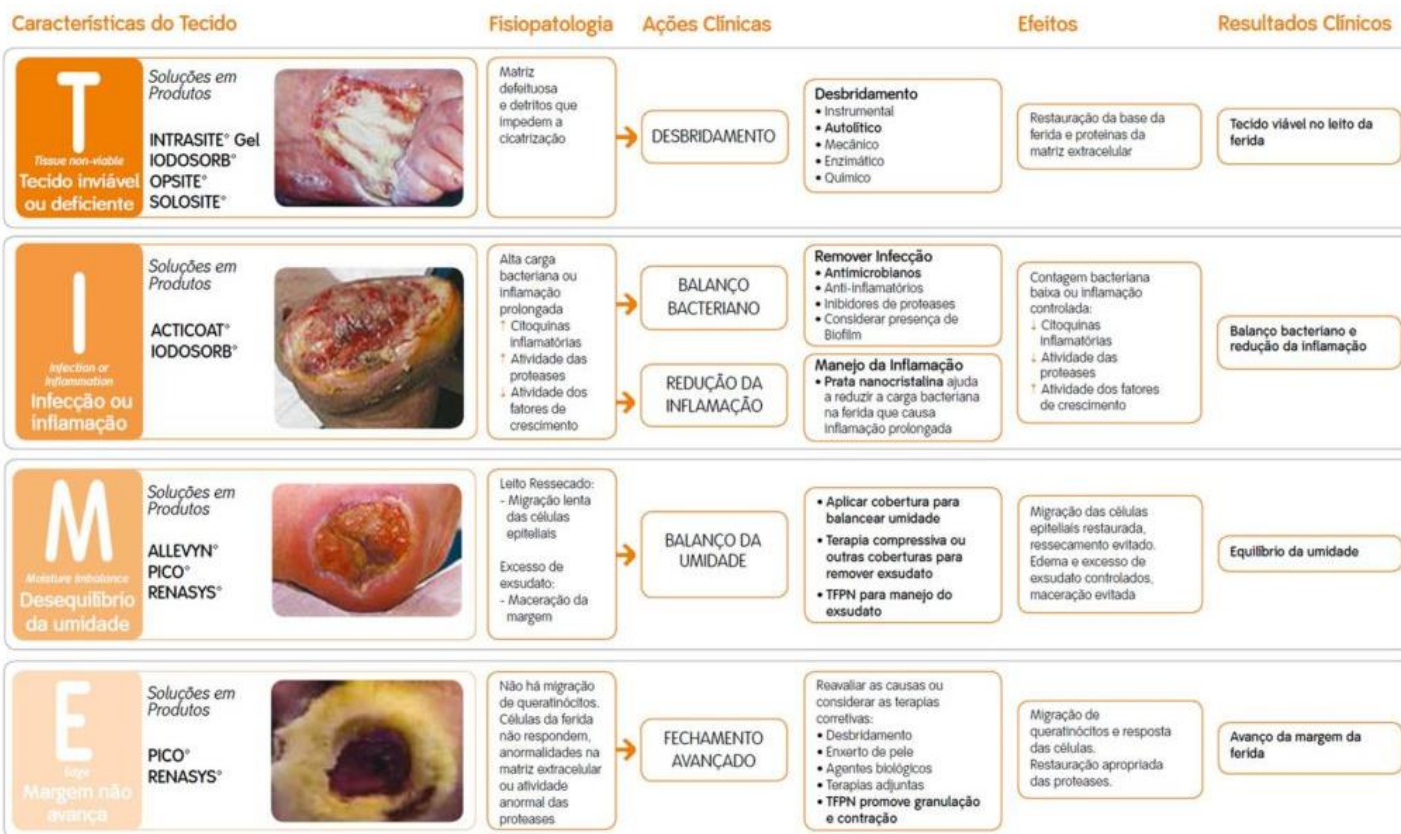
Identificação: PRS\_HMDCC\_NSP\_005

Data da Elaboração: 01/2017

Nº Revisão: 4.0

Data: 07/2021

Próxima revisão: 07/2023



Esta avaliação tem finalidade de permitir o planejamento e início das intervenções preventivas. É realizada pelo enfermeiro na admissão e durante a permanência na instituição. Realizar uma avaliação de risco estruturada, o mais rapidamente possível (no prazo máximo de 8 horas da admissão) para identificar os indivíduos em risco de desenvolver lesão por pressão. Realizar avaliação criteriosa da pele, ao menos duas vezes por dia, especialmente nas áreas de proeminências ósseas (joelho, cotovelos e calcanhares) e ao menos duas vezes por dia nas regiões submetidas á pressão por dispositivos , como cateteres, tubos e drenos. Registrar em prontuário eletrônicos as avaliações risco, o plano de cuidados e condutas terapêuticas do profissional.

Documentar no sistema Tasy as avaliações de risco. Seguir fluxograma de prevenção LP para instituir as ações a partir do grau de risco estabelecido pela escala de Braden. Repetir a avaliação de risco com frequência exigida pela acuidade do individuo e/ou se houver qualquer mudança significativa na condição do individuo. Reconhecer fatores de risco adicionais e usar o julgamento clínico ao aplicar uma ferramenta de avaliação de risco. Evitar posicionar o individuo em contato direto com dispositivos médicos, tais como tubos, sistemas de drenagem ou outros objetos estranhos. Limitar a

elevação da cabeceira da cama a 30 graus salvo contraindicado devido á condição clinica o permitir. Realizar o reposicionamento sem expor a pele á fricção e cisalhamento. Utilizar dispositivos auxiliares para reposição e transferência (NPUAP, 2014).

Restringir o tempo em que o paciente permanece sentado na cadeira sem alívio de pressão. Pacientes cirúrgicos submetidos á anestesia por períodos prolongados geralmente apresentam risco aumentado de lesão por pressão, portanto, todos estes pacientes (sejam no momento pré, intra e pós-operatório) devem receber avaliação de risco da pele pela enfermeira assistente (NPUAP, 2014).

### 7.3 – PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO EM PACIENTES SUBMETIDOS A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

O posicionamento cirúrgico tem como principal finalidade promover o acesso ao sítio cirúrgico e deve ser realizado de forma correta para garantir a segurança do paciente e prevenir complicações. Quando este procedimento é realizado de maneira inadequada, pode ocasionar complicações respiratórias, vasculares, neurológicas e tegumentares (Mendonça, 2016).

A fim de evitar complicações devido ao posicionamento indevido, medidas devem ser tomadas pela equipe do bloco cirúrgico como utilização de posicionadores, coxins e/ou uso de colchão piramidal para superfície de suporte.

Para isso, é necessária a identificação das alterações anatômicas e fisiológicas do paciente, associadas ao tipo de anestesia, tipo de procedimento, tempo de cirurgia, posição dos membros e tipo de posição cirúrgica, para que o posicionamento seja adequado e não ocasione complicações pós-operatórias. Este procedimento deve ser realizado pela equipe de enfermagem no pré-operatório e reavaliado pelo anestesista durante o intraoperatório, devendo o paciente ser reposicionado para reduzir complicações.

## 8. MEDIDAS DE PREVENÇÃO E DE IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DA LESÃO POR PRESSÃO, CONFORME ESCALA DE BRADEN

As intervenções preventivas estão descritas no organograma

- Cuidado com a pele;
- Redução da sobrecarga tissular e utilização de superfícies especiais de suporte;
- Cuidados com a hidratação e a nutrição.

As intervenções deverão ser selecionadas/ aplicadas de acordo com a classificação de risco e as individualidades do cliente.

**PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO**

Identificação: PRS\_HMDCC\_NSP\_005

Data da Elaboração: 01/2017

Nº Revisão: 4.0

Data: 07/2021

Próxima revisão: 07/2023

**Prevenção de Lesões de Pele Relacionadas a Adesivos Médicos.**

As lesões de pele Relacionadas a adesivos são complicações prevalentes e graves que ocorrem em todos os serviços de saúde e em todos os grupos etários. MARSÍ é a sigla utilizada internacionalmente para definir esse tipo de lesão, que significa "Medical Adhesive Related Skin injuries", ou seja, Lesões de Pele Relacionadas a Adesivos Médicos".

Tais tipos de lesões podem surgir nos pacientes quando os adesivos médicos são removidos, deixando a pele vermelha e irritada. Elas reduzem a integridade epidérmica, causam dor e oferecem risco de infecção, prejudicando a qualidade de vida do paciente. Além disso, podem ocorrer em todos os grupos etários, durante todas as etapas do tratamento, exigindo muitas vezes um cuidados adicional. Diversos fatores contribuem para este tipo de lesão, como:

- Condição atual da saúde do paciente e da sua pele, incluindo alergia, idade e outros fatores.
- Falta de informação sobre o produto e diretrizes para compreender porque um produto é preferível a outro.
- Técnica de aplicação da fita médica (a maneira como é aplicada pode definir o cenário para manter a saúde da pele).
- Técnica de remoção de fita médica (a remoção adequada é fundamental e geralmente não existe capacitação disponíveis).

Vários fatores podem influenciar o risco de lesão da pele, como: problemas associados à idade, presença de condições dermatológicas ou outras condições médicas subjacentes (desnutrição, desidratação, exposição prolongada à umidade, entre outras), uso de determinados medicamentos, radioterapias, danos causados pelo sol ou uso prévio de produtos adesivos. Para os pacientes é uma experiência negativa, pois as Lesões por Adesivo Médico, além de provocar dor, aumentam o risco de infecção e retardam a cicatrização. É raro um paciente não receber intervenção que envolva o uso de adesivo em forma de fita ou integrados a curativos prontos, seja como componente deste ou apenas ao seu redor, para fixá-los.

A base da prevenção de lesões de pele causadas por adesivos está relacionada com:

- Avaliação do paciente para identificação dos fatores de risco;
- Inspeção regular da pele sob risco;
- Adequado preparo da pele para receber fita adesiva;
- Uso correto desta última, o que implica desde a escolha da fita até sua adequada aplicação e remoção;

Quando colocado em prática, esse conjunto de medidas pode prevenir lesões ou minimizar a sua gravidade.

De todas as recomendações propostas na literatura acerca das lesões por fricção, somente cinco referem-se a lesões causadas por adesivos. Na prática, verifica-se a necessidade de outras orientações, com base nas evidências para

**PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO**

Identificação: PRS\_HMDCC\_NSP\_005

Data da Elaboração: 01/2017

Nº Revisão: 4.0

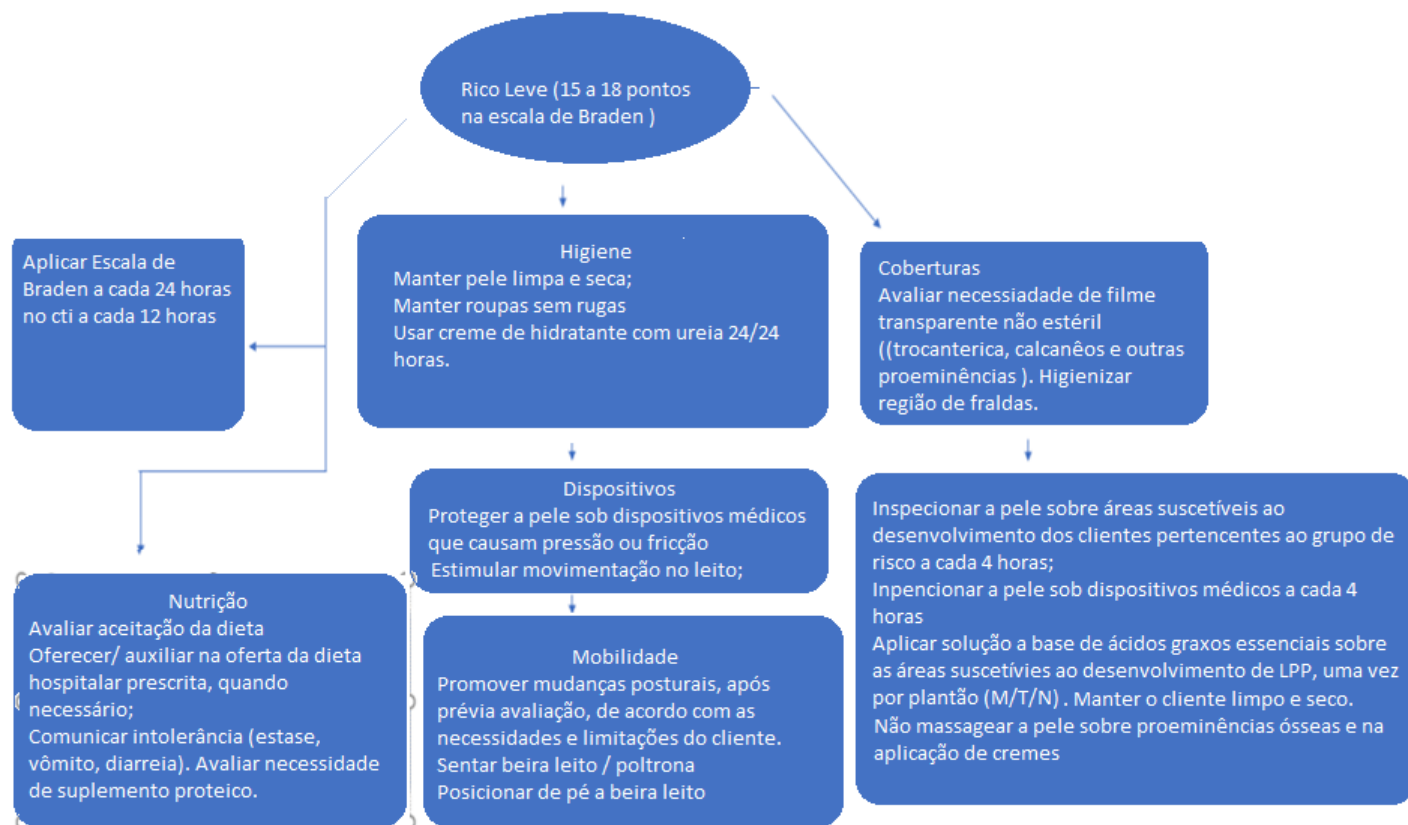
Data: 07/2021

Próxima revisão: 07/2023

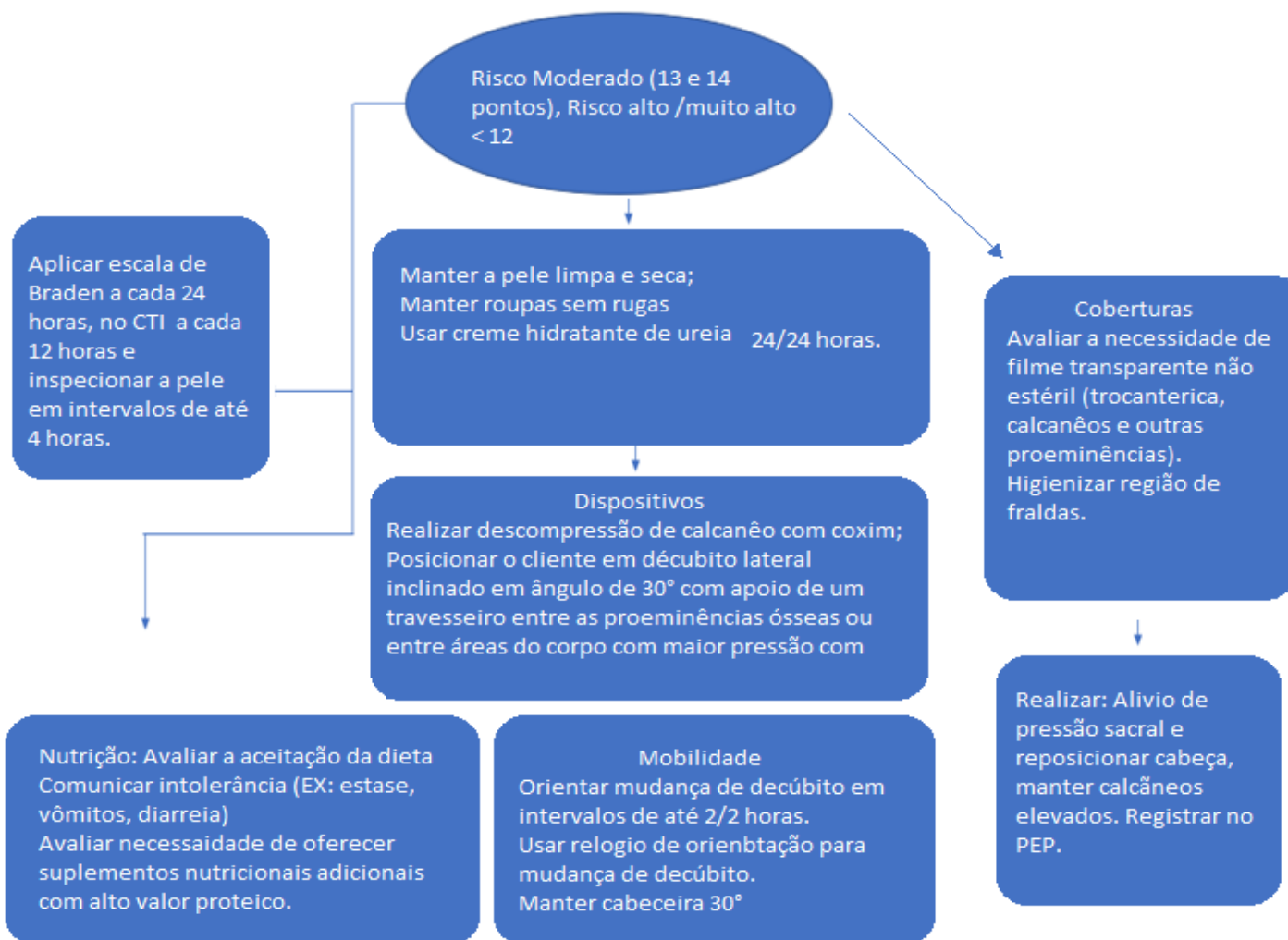
prevenção de feridas em geral e na prática clínica dos especialistas, Estas podem ser aplicadas ao uso de fitas adesivas e auxiliar os profissionais de saúde a eliminar ou minimizar o problema.

- Evitar uso de fitas e curativos adesivos;
- Aplicar a fita adesiva sobre pele limpa e seca;
- Aplicar a fita adesiva sem tensão;
- Segurar a pele enquanto se remove lentamente a fita, puxando esta a um ângulo paralelo a si mesma.
- Fixar os curativos com malhas tubulares, gazes em rolos ou ataduras de crepe.

Fluxograma de prevenção de LP - Baixo risco.



Fluxograma de prevenção de LP - Risco moderado, alto e muito alto.



**9. MANEJO DA UMIDADE: MANUTENÇÃO DA PELE SECA E HIDRATADA**

A pele úmida é mais vulnerável, propícia ao desenvolvimento de lesões, e tende a romper-se facilmente.

**CUIDADOS NECESSÁRIOS:**

- Manter a pele limpa e seca.

**PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO**

Identificação: PRS\_HMDCC\_NSP\_005

Data da Elaboração: 01/2017

Nº Revisão: 4.0

Data: 07/2021

Próxima revisão: 07/2023

- Limpar a pele imediatamente após os episódios de incontinência (fecal / urinária) ou sempre que apresentar sujidade.
- Usar diariamente hidratantes na pele seca, principalmente após o banho, com movimentos suaves.
- Utilizar fraldas e absorventes em pacientes incontinentes, quando as fontes de umidade não puder ser controlada, com objetivo de minimizar o contato da pele com a umidade (NPUAP,2014).
- Usar creme hidratante com uréia uma vez ao dia em beneficiários com risco moderado ou muito alto, preferencialmente após o banho.
- Não utilizar hidratantes com uréia na região de fraldas em pacientes incontinentes. Exceto quando esta área apresentar sinais de xerose (pele seca e com presença de fissuras).
- Atentar para fontes de umidade, como extravasamento de drenos, exsudato de feridas, suor, extravasamento de linfa em beneficiários em anasarca e eliminação fisiológica em fraldas, pois estes fluidos são potencialmente irritantes para pele.
- Reavaliar a necessidade da troca de fraldas em intervalos de até 3 horas, mediante a avaliação da eliminação urinária.
- Quando possível, oferecer um aparador (comadre ou marreco) nos horários de reposicionamento no leito (NPUAP,2014).

**10. MANEJO DO PACIENTE COM RISCO NUTRICIONAL**

Promover ingestão nutricional (calórica e proteica) e hídrica adequadas. Suplementos alimentares com alto teor protéico para indivíduos em risco de lesão pressão e déficit nutricional, conforme a avaliação da equipe de nutrição clínica. Avaliar junto ao nutricionista e à equipe médica a necessidade de oferecer suplementos nutricionais de elevado teor calórico e proteico a adultos e em risco nutricional e em risco de desenvolver lesão por pressão, caso as exigências nutricionais não seja, satisfeitas por um meio de ingestão alimentar. Oferecer e incentivar a ingestão diária adequada de líquidos para a hidratação de um indivíduo avaliado como estando em risco ou com uma lesão por pressão. Esta deve ser consistente com as condições de comorbidade do indivíduo (NPUAP,2014). Assim é importante atentar para o acompanhamento da equipe da nutrição e dietética ao paciente portador de lesão.

Todos os pacientes são avaliados pelo serviço de nutrição, de acordo com NRS 2002 que define se o paciente tem risco nutricional e a partir dessa avaliação é traçado um plano terapêutico.

**PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO**

Identificação: PRS\_HMDCC\_NSP\_005

Data da Elaboração: 01/2017

Nº Revisão: 4.0

Data: 07/2021

Próxima revisão: 07/2023

A terapia sistêmica deverá estar voltada ao tratamento ou controle/ajuste dos fatores intrínsecos do cliente que, diretamente ou indiretamente, interferem ou podem interferir no processo de cicatrização da lesão por pressão (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/ mm<sup>3</sup>; hemoglobina 12 a 18 g/dl; hematócrito 35 a 50 %, plaquetas 150.000 a 450.000/ mm<sup>3</sup>; leucócitos 4.500 a 11.000 células/mm<sup>3</sup>)
- Zinco (80 a 120 µg/dl)
- Vitamina B12 (200-835 pg/ml)
- Vitamina D (> 30ng/ml)

**11. TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO**

O curativo é uma forma de tratamento da ferida usado para promover um meio adequado e favorecer a cicatrização. A terapia tópica de feridas é fundamentada em estudos científicos abordando a fisiologia de reparação tecidual, sendo norteadas por alguns, tais como remoção de tecidos necróticos na ferida e corpos estranhos do leito da ferida, identificação e eliminação de processos infecciosos, preenchimento de espaço morto, absorção do excesso de exsudato, manutenção do leito da ferida, promoção do isolamento térmico, proteção da ferida contra traumas e invasão bacteriana (BORGES, 2014).

Para avaliar a ferida, deverão ser abordados os critérios clínicos pertinentes ao processo cicatricial, para que, com o resultado dessa avaliação, sejam direcionadas intervenções mais específicas com vistas a fechar a lesão. Os critérios mais relevantes são: complexidade, etiologia, localização, característica do exsudato (seroso, sero hemático, hemático, pio hemático, purulento), odor (ausente, característico, fétido), grau de contaminação, tecido presente em seu leito, bordas e magens e pele perilesional, medição, dor (CAMPOS, *et.al.* 2016).



### 10.1 LIMPEZA

É a primeira etapa do curativo e consiste em remover, com agentes de limpeza, restos celulares, tecidos ressecados e necróticos não aderentes, materiais estranhos, exsudato e resíduos de agentes tópicos presentes na superfície da úlcera, para promover e preservar o tecido de granulação.

Nessa etapa, ocorre interferência no equilíbrio da temperatura, da atividade celular, remoção de exsudato e, conseqüentemente, mudança do pH.

O pH tem relação com o nível de acidez ou a alcalinidade da pele e é fundamental para manter sua função de defesa inespecífica e de impermeabilidade, pois, na epiderme, existe a flora residente, e o corpo precisa de acidez para se proteger. Os valores do pH variam de um indivíduo para outro, principalmente em relação à região do corpo, à idade e às etnias, com valores que variam entre 4,4 e 5,9 na epiderme. O uso de sabonetes neutros ou alcalinos, de adstringentes ou desinfetantes com pH alto é prejudicial à epiderme, porquanto ela depende da acidez para proteger a flora bacteriana, e sua desestruturação leva tempo para se reequilibrar<sup>6</sup>. O pH é um aspecto importante no controle do microambiente da ferida crônica, porquanto se verifica que as feridas agudas cicatrizam em um meio ácido, como uma resposta fisiológica temporária, resultante de vários fatores, como produção de ácido láctico, aumento da exigência de oxigenação, entre outros, e as feridas que apresentam pH mais alcalino demonstram períodos de cicatrização mais demorados.

O procedimento de limpeza da ferida pode ser realizado por meio de duas técnicas distintas: **a técnica asséptica ou estéril e a técnica limpa**. Ainda não estão bem estabelecidas as evidências científicas para se escolher a melhor técnica de limpeza.

A técnica estéril é recomendada para procedimentos realizados no hospital, em ambulatórios e unidades básicas de saúde, devido à possibilidade de microrganismos patogênicos e infecções cruzadas. A higienização das mãos (PRS\_HMDCC\_NPS\_003), deverá ser feita, preferencialmente, com solução antisséptica, como a clorexidina degermante, antes e após a realização do curativo. Convém utilizar material estéril ou luvas estéreis para manipular a lesão. Concernente ao método de limpeza ideal, o menos traumático é o da irrigação, que pode ser feita com ou sem pressão. Para irrigar com pressão, utilizam-se seringa de 20ml e agulha de grosso calibre de 40/12 ou 25/8, tendo em vista que

proporcionam uma pressão de 8 a 15 pound force per square inch (psi), cuja força hidráulica permite a remoção de detritos e/ou bactérias presentes na ferida. Essa força é mais efetiva quando se utilizam a seringa e a agulha descritas, porque, se as pressões forem inferiores a 8 psi, podem não fazer uma limpeza efetiva para essas condições, e maiores do que 15 psi podem traumatizar o tecido e introduzir as bactérias em áreas mais profundas no leito da lesão. A irrigação sem pressão é a técnica de limpeza de ferida indicada quando houver tecido de granulação friável/sangrante. Podem-se utilizar seringa sem agulha, equipo adaptado diretamente no recipiente do soro fisiológico ou jato obtido por pressão manual do frasco (bolsa plástica) de soro fisiológico furado com agulha de grosso calibre (40/12 ou 25/8). Depois de feito o procedimento de limpeza, deve-se manter o leito da ferida úmido e sua área adjacente limpa e seca, para evitar maceração da pele. E descartar material conforme PGRSS institucional (CAMPOS, *et al.* 2016).

## 10.2. DEBRIDAMENTO.

O desbridamento ou debridamento é utilizado para limpar a ferida e deixá-la em condições adequadas para a cicatrização, por possibilitar a remoção do tecido desvitalizado e/ou material estranho ao organismo. É essencial por reduzir a contaminação bacteriana, promover o meio adequado para a cicatrização e preparar a lesão para intervenção cirúrgica, como o enxerto ou rotação de retalho. Essas questões incluem fatores inerentes à pessoa acometida por ferida, como etiologia, localização anatômica, prazos e técnicas cirúrgicas para que o fechamento da ferida seja bem-sucedido, independentemente de sua complexidade. Há feridas que não devem ser desbridadas como, por exemplo, lesões por pressão com necrose de coagulação no calcanhar, exceto se apresentarem sinais de infecção, como flutuação, edema, eritema e drenagem de exsudato; áreas isquêmicas com escara, áreas próximas às fístulas de diálise, áreas de enxerto vascular, lesões neoplásicas e lesões decorrentes de insuficiência arterial. Também não se devem desbridar feridas necrosadas em pacientes com deficiência de vitamina K, hemofilia, coagulopatias ou nos que estiverem usando medicações anticoagulantes, como warfarina, heparina, aspirina, desnutridos e sob os cuidados paliativos. Antes de indicar o desbridamento cirúrgico, o profissional deve avaliar os valores de hematócrito, hemoglobina, tempo de protombina (TP) e tempo de sangramento (TS). O desbridamento deve ser precedido do desenvolvimento de um plano de cuidados que aborde sua necessidade e a escolha do método mais adequado, mediante a avaliação da condição do paciente, da lesão, do ambiente, do tratamento e da experiência do profissional de saúde. A seguir, apresentam-se as técnicas de desbridamento utilizadas com frequência pele (CAMPOS, *et al.* 2016).

**PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO**

Identificação: PRS\_HMDCC\_NSP\_005

Data da Elaboração: 01/2017

Nº Revisão: 4.0

Data: 07/2021

Próxima revisão: 07/2023

- Desbridamento autolítico: consiste na degradação seletiva dos tecidos desvitalizados por meio de enzimas endógenas, em virtude de um meio úmido adequado, causado pela aplicação de uma cobertura que permita a hidratação da feridas;
- Desbridamento mecânico: é o tipo de desbridamento em que se utilizam os meios mecânicos de escovação, hidroterapia e irrigação, como também o esfregaço com a gaze;
- Desbridamento enzimático (químico): envolve o uso tópico de enzimas comercialmente produzidas, a colagenase;
- Desbridamento instrumental cirúrgico: realizado pelo médico-cirurgião, geralmente no centro cirúrgico, com anestesia, quando o comprometimento tecidual abrange grandes áreas que tenham grau de erosão, tunelização, fistulização, que necessitem de remoção óssea, estejam próximos a órgãos vitais, possam provocar dor intensa, estejam em situação de imunossupressão e sepse, dentre outras complicações graves, como a osteomielite.
- Desbridamento instrumental conservador: é aquele no qual não estão incluídas as situações acima citadas, pode ser realizado em ambulatório ou no leito do paciente e por enfermeiros capacitados e não deve transpor a fáscia muscular.

Técnicas de debridamento conservador:

**Slice**

Fonte: Imagem cedida por Sandra Cabral -2016

- Uso de lâmina de bisturi, bisel de agulha ou tesoura + pinça;
- Remoção da necrose de coagulação ou liquefação, posicionando a lâmina ou agulha horizontal e paralelamente aos tecidos para efetuar sucessivos cortes.

PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

Cover



Fonte: Gomes -2016.

- Uso de lâmina de bisturi ou bisel de agulha + pinça;
  - Descolamento das bordas do tecido necrótico em direção ao centro até que toda a capa necrótica se solte completamente;
- Indicado para necrose de coagulação.

Square



Fonte: Gomes, 2016

- Uso de lâmina de bisturi ou bisel de agulha + pinça;
- Fazer pequenos cortes quadrados no tecido necrótico - 2 a 3 mm - (escarotomia) e, depois, remover a necrose (escarectomia);
- Facilita a penetração de substâncias desbridantes no tecido necrótico;
- Indicado para necrose de coagulação.

10.3. MENSURAÇÃO.

Para mensurar as feridas, devem-se monitorar e registrar suas dimensões quanto à extensão e à profundidade. Esse é um procedimento eficaz para se acompanhar a evolução do processo cicatricial. O monitoramento do tamanho da ferida,

## PROCEDIMENTO SISTÊMICO

**HOSPITAL  
METROPOLITANO**  
DR. CÉLIO DE CASTRO

**Hospital Metropolitano  
Doutor Célio de Castro**

Página: 29 de 42

## PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

Identificação: PRS\_HMDCC\_NSP\_005

Data da Elaboração: 01/2017

Nº Revisão: 4.0

Data: 07/2021

Próxima revisão: 07/2023

durante um período de quatro semanas, juntamente com o cálculo de variação percentual na área, pode ser um bom preditor de cura. Existem várias abordagens para a medição de feridas. A técnica de aferição comumente utilizada para feridas planas consiste em registrar a largura e o comprimento da área da ferida em cm<sup>2</sup>, onde se multiplica a maior largura pelo maior comprimento. O comprimento é a medida no sentido vertical (céfalopodal), e a largura, a medida horizontal. O resultado dessa multiplicação pode classificá-las, quanto à dimensão, em: pequenas, quando são menores do que 50 cm<sup>2</sup>; médias, se maiores que 50 cm<sup>2</sup> e menores do que 150 cm<sup>2</sup>; grandes, quando forem maiores do que 150 cm<sup>2</sup> e menores do que 250 cm<sup>2</sup>; e se forem maiores do que 250 cm<sup>2</sup>, são extensas. Na medição, utilizam-se os parâmetros da régua de papel descartável, graduada em mm, para que a medida seja exata.

Técnica de mensuração com régua descartável para feridas planas consiste na tomada das maiores medidas da ferida obtidas com mensuração do comprimento x largura. O resultado é dado em centímetros quadrados (cm<sup>2</sup>).

Técnica de mensuração com régua descartável para feridas profundas A profundidade da úlcera pode ser verificada com a introdução de uma pinça, de um cotonete estéril ou de uma sonda uretral fina, que devem ser inseridos no ponto mais profundo da cavidade. Essa profundidade deve ser mensurada na régua descartável. Faz-se a mensuração do comprimento cm x largura cm x profundidade cm = cm<sup>3</sup>. Para medir a profundidade da ferida, também se pode empregar a técnica de preenchimento da cavidade da lesão com soro fisiológico 0,9; posteriormente, aspira-se com seringa o conteúdo e computa-se em milímetros o valor preenchido. Além da régua descartável, outras técnicas podem ser utilizadas para mensurar as feridas planas, como o filme transparente com grade demarcadora em quadrados de 1cm<sup>2</sup>. A contagem dos quadrados sobre a ferida é feita no sentido horizontal e no vertical para determinar a extensão. Caso o profissional não disponha de vários filmes demarcados, ele pode utilizar a parte interna estéril do papel grau cirúrgico da gaze para desenhar a lesão e, depois, colocar por dentro do papel milimetrado para contar a área pele (CAMPOS, *et al.* 2016).

## PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

Identificação: PRS\_HMDCC\_NSP\_005

Data da Elaboração: 01/2017

Nº Revisão: 4.0

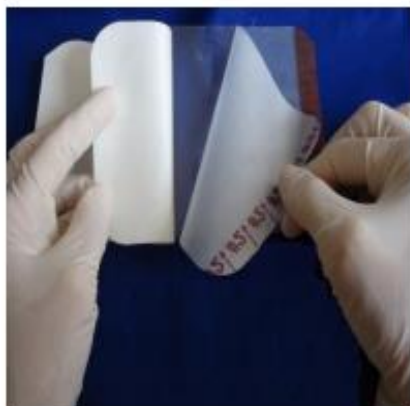
Data: 07/2021

Próxima revisão: 07/2023

## 11. APLICAÇÃO DE TERAPIAS TÓPICAS E COBERTURAS PADRONIZADAS NO HMDCC

## COBERTURAS PADRONIZADAS NO HMDCC

## FILME TRANSPARENTE



**Apresentação:** película de poliuretano, semipermeável adesiva, que permite a difusão gasosa e a evaporação da água, porém é impermeável a fluidos externos.

**Indicação:** prevenção de lesões por pressão, em lesões por pressão categoria 1, a qual está só no nível de hiperemia, não houve ruptura da pele e como cobertura secundária.

**Contraindicação:** feridas exsudativas e infectadas.

**Aplicação:** depois de limpar a ferida, secar bem a pele adjacente e aplicar o adesivo conforme indicação de cada fabricante. O período de troca na prevenção pode ser em até sete dias. Se houver infiltração, fazer a troca com antecedência. Como cobertura secundária, deve-se obedecer à saturação da cobertura primária.

## HIDROGEL



**Apresentação:** gel amorfo

**Indicação:** debridamento autolítico de feridas necróticas, que mantém o meio úmido e estimula a produção do tecido de granulação.

**Contraindicação:** lesões excessivamente exsudativas.

**Aplicação:** depois de limpar a ferida, aplicar o gel diretamente sobre o leito com a própria bisnaga, ou com auxílio de seringa desagulhada; deve-se evitar contato do produto com a pele íntegra; colocar cobertura secundária. No uso da gaze convencional, trocar diariamente, e das coberturas semipermeáveis, obedecer à saturação.

### COLAGENASE



**Apresentação:** pomada lipofílica

**Indicação:** desbridamento enzimático de feridas com tecidos necróticos secos ou viscosos bem aderidos ao leito.

**Contraindicações:** feridas cirúrgicas por 1ª intenção, feridas recobertas exclusivamente por tecido de granulação e sensibilidade à fórmula do produto.

**Aplicação:** depois de proceder à limpeza, secar a pele adjacente; aplicar diretamente sobre o leito da ferida em área a ser desbridada, evitando contato com a pele íntegra, e ocluir com curativo secundário estéril. Troca diária.

### ÁCIDOS GRAXOS ESSENCIAIS



**Apresentação:** loção oleosa e creme hidratante compostos de ácido linoleico, ácido caprílico, ácido cáprico, ácido caproico e ácido láurico (triglicerídeos de cadeia média - TCM), vitamina A, E e lecitina de soja.

**Indicação:** loção oleosa indicada para leito de feridas sem tecido desvitalizado, que precisam aumentar a granulação e estimular a epitelização. A solução hidratante é indicada para hidratar a pele e prevenir as lesões por pressão.

**Contraindicação:** no leito de feridas infectadas ou excessivamente exsudativas, e o creme hidratante em áreas da pele com maceração.

**Aplicação:** A formulação oleosa pode ser aplicada embebendo gazes e aplicando no leito da ferida. A apresentação em creme hidratante só deve ser utilizada em pele íntegra. A troca da solução deve ser durante o curativo diário, e a formulação em creme depois do banho.

**Obs:** Só deve ser utilizada no leito da ferida loção oleosa de AGE com marcas classificadas como correlatos, pois há uma variedade no mercado classificada como cosmético.

PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

Identificação: PRS\_HMDCC\_NSP\_005

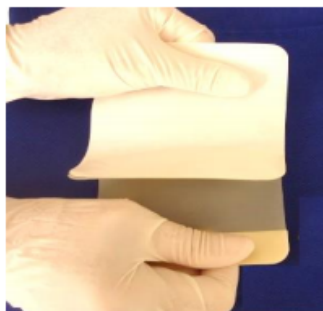
Data da Elaboração: 01/2017

Nº Revisão: 4.0

Data: 07/2021

Próxima revisão: 07/2023

HIDROCOLOIDE



**Apresentação:** curativo bioativo, oclusivo estéril, composto de carboximetilcelulose, alginato de cálcio, película de poliuretano autoaderente impermeável à água e a agentes externos contaminantes.

**Indicações:** feridas superficiais com exsudação de moderada a baixa. Ex. lesões por pressão categoria 2, queimaduras, abrasões de pele etc.

**Contraindicações:** feridas infectadas, com exsudação excessiva e áreas de exposição óssea ou de tendão e feridas com necrose.

**Aplicação:** depois de fazer a limpeza, secar a pele adjacente à lesão; escolher o curativo com tamanho que ultrapasse a borda da ferida em, pelo menos, 2cm. Período de troca de três a sete dias, a depender da saturação.

**Obs.1:** Se o hidrocoloide saturar em 24 horas, retirá-lo e substituir por uma cobertura que tenha mais capacidade de absorver exsudato.

**Obs2:** Não se recomenda cortar hidrocoloide com bordas biseladas.

ALGINATO DE CÁLCIO EM FIBRA



**Apresentação:** Curativo absorvente flexível e bioativo, composto de fibras e não tecido com moléculas de alginato de cálcio e carboximetilcelulose sódica com ou sem íons de prata.

**Indicações:** feridas com exsudação de moderada a alta, sangrantes, infectadas (alginato de cálcio com prata) e que precisam de preenchimento de cavidades (alginato de cálcio em fita).

**Contraindicações:** feridas com necrose seca, baixa exsudação, exposição óssea e de tendões.

**Aplicação:** proceder à limpeza conforme a técnica de irrigação; secar a pele adjacente; aplicar diretamente sobre o leito da ferida evitando contato com a pele íntegra e ocluir com curativo secundário estéril; se a ferida for cavitária, preencher a cavidade com alginato de cálcio em fita. O período de troca, geralmente, é a cada 24 h, com gaze comum, e 48 a 72h, com películas semi-impermeáveis.

**Obs:** Se a ferida precisar de ação hemostática e estiver com baixa exsudação, umedecer o alginato de cálcio com soro fisiológico, pois adere à ferida se não houver exsudação suficiente.



PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

Identificação: PRS\_HMDCC\_NSP\_005

Data da Elaboração: 01/2017

Nº Revisão: 4.0

Data: 07/2021

Próxima revisão: 07/2023

SULFADIAZINA DE PRATA



**Apresentação:** sulfadiazina de prata a 1% hidrofílica.

**Indicação:** feridas com infecção por gram-negativos e positivos, fungos, vírus e protozoários. Priorizado para tratamento de queimaduras.

**Contraindicações:** hipersensibilidade aos componentes; disfunção renal ou hepática, leucopenia transitória, mulheres grávidas, crianças menores de dois meses de idade e recém-nascidos prematuros, devido ao risco de kernicterus.

**Aplicação:** depois da limpeza, secar a pele adjacente à lesão; aplicar uma fina camada do creme sobre o leito da ferida; ocluir com curativo secundário estéril. Periodicidade de troca: no máximo a cada 12 horas ou quando a cobertura secundária estiver saturada.

**Obs:** O uso indiscriminado causa citotoxicidade e pode levar à resistência microbiana.

CARVÃO ATIVADO



**Apresentação:** curativo composto de tecido envolto em nylon não aderente, semipermeável e absorvente impregnado de carvão ativado. Em algumas apresentações, o carvão ativado pode vir associado com íons de prata.

**Indicações:** feridas com odor fétido.

**Contraindicações:** feridas secas, áreas de exposição óssea ou de tendões e feridas com alta exsudação.

**Petrolato**

**Ação:** Cobertura constituída por malha de acetato de celulose impregnada como uma emulsão especialmente formulada a base de petrolato, mantêm a umidade, hidratando e propiciando a cicatrização e não adere ao leito da ferida.

**Indicação:** Queimaduras de 1 e 2 graus, abrasões e lacerações, enxertos, úlceras venosas, úlceras por pressão, Extração de unhas, eczemas, linhas de suturas e grampus, incisões cirúrgicas e procedimentos de reconstrução, feridas de qualquer etiologia, secas ou exsudativas, limpas ou infectadas, com presença de tecido inviável ou não e outros tipos de feridas em que se deve evitar a aderência do curativo como por exemplo, feridas com exposição de ossos e tendões. Feridas superficiais ou profundas, com ou sem necrose ou infecção, com exsudato de volume discreto a intenso. Lesões do tipo Steven-Johnson, áreas doadoras ou de enxerto, fixadores externos, linhas de suturas, incisões ou lacerações.

**PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO**

Identificação: PRS\_HMDCC\_NSP\_005

Data da Elaboração: 01/2017

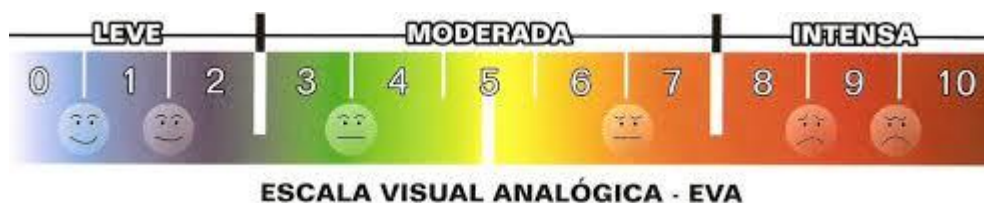
Nº Revisão: 4.0

Data: 07/2021

Próxima revisão: 07/2023

**12. AVALIAÇÃO DA DOR**

A intensidade da dor pode ser avaliada por meio de uma escala visual analógica (EVA). Uma das versões dessas escalas compreende uma linha horizontal de 10 cm com as extremidades numeradas de 0-10. Em uma extremidade é indicado “ausência de dor” e em outra “a pior dor possível”. Pede-se, então, para que o paciente consciente, alerta e sem sedação avalie e marque na linha a dor presente, sendo o dado registrado em número. Solicite ao médico prescrição de analgésico antes da realização do curativo, dependendo da intensidade da dor pele (CAMPOS, *et al.* 2016).


**ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA**
**13. REGISTRO FOTOGRÁFICO**

Quando houver a necessidade do registro fotográfico para acompanhamento da evolução da lesão, deverá, previamente, ser aplicado termo de consentimento (ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO PARA AUTORIZAÇÃO DE REGISTRO FOTOGRÁFICO DURANTE O TRATAMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO).

**RESOLUÇÃO COFEN Nº 554/2017**

Considera a necessidade de uniformizar as práticas de uso e de comportamento ético para a divulgação de assuntos de Enfermagem em meios de comunicação e nas mídias sociais, em todo o Território Nacional. As entidades e os profissionais de Enfermagem têm a obrigação de proteger a pessoa, família e a coletividade, vítimas de exposição e/ou publicação de imagens que comprometem o direito inalienável à privacidade, estando os mesmos sujeitos a este regramento ou quando da veiculação de publicidade ou propaganda indevidas;

Estabelecer os critérios norteadores das práticas de uso e de comportamento dos profissionais de enfermagem, em meio de comunicação de massa, na mídia impressa, em peças publicitárias, de mobiliário urbano e nas mídias sociais. É vetado expor a imagem de pacientes em redes sociais e grupos sociais tais como o WhatsApp e expor imagens da face ou do corpo de pacientes, que não se destinem às finalidades acadêmicas.

**NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES**

Todos as falhas/ erros relacionadas a identificação dos pacientes deverão ser notificados ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), através do “Tasy > Prontuário Eletrônico do Paciente - PEP > Eventos” ou na Intranet em “Documentos >

## PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

Identificação: PRS\_HMDCC\_NSP\_005

Data da Elaboração: 01/2017

Nº Revisão: 4.0

Data: 07/2021

Próxima revisão: 07/2023

Documentos Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) > Formulário de Notificações de Incidentes em Saúde”, conforme descrito no PRS\_HMDCC\_NSP\_008 NOTIFICAÇÃO E TRATATIVA DE INCIDENTES EM SAÚDE/ EVENTOS ADVERSOS.

## GERENCIAMENTO DE RISCOS

RISCO	COMO PREVENIR	O QUE FAZER NA OCORRÊNCIA?
<b>Falha na identificação do risco de lesão por pressão</b>	Realizar a avaliação do risco para desenvolvimento de lesão por pressão sempre na admissão do paciente e diariamente.	Em caso de ausência da avaliação do risco de desenvolvimento de lesão por pressão nos momentos adequados, realizá-la imediatamente após a identificação da falha.
<b>Falha na aplicação de medidas de prevenção de lesão por pressão</b>	Conferir diariamente quais são as medidas de prevenção de surgimento de lesão por pressão <b>prescritas</b> , que se aplicam ao paciente e realizá-las.	Mediante ausência da aplicação de medidas preventivas de lesão por pressão, realizá-la imediatamente após a identificação da falha;  Em caso de impossibilidade de realização das medidas preventivas, acionar o enfermeiro responsável;
<b>Falha na execução de medidas de tratamento de lesão por pressão</b>	Conferir diariamente as medidas <b>prescritas</b> voltadas para o tratamento das lesões por pressão e realizá-las.	Mediante ausência da aplicação de medidas tratativas de lesão por pressão, realizá-las imediatamente após a identificação da falha;  Em caso de impossibilidade de realização das medidas preventivas, acionar o enfermeiro responsável.

## INDICADOR

INDICADOR 01: Percentual de incidência de lesão por pressão em pacientes exposto ao risco

INDICADOR 02: Percentual de pacientes submetidos a avaliação de risco para LP na admissão

INDICADOR 03: Percentual de pacientes recebendo avaliação diária para risco de LP

## PROCEDIMENTO SISTÊMICO

**HOSPITAL  
METROPOLITANO**  
DR. CÉLIO DE CASTRO

Hospital Metropolitano  
Doutor Célio de Castro

Página: 37 de 42

## PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

Identificação: PRS\_HMDCC\_NSP\_005

Data da Elaboração: 01/2017

Nº Revisão: 4.0

Data: 07/2021

Próxima revisão: 07/2023

INDICADOR 04: % Pacientes submetidos à avaliação de risco para LP

INDICADOR 05: % Pacientes de riscos recebendo cuidado preventivo apropriado para a LP

INDICADOR 06: % Pacientes recebendo avaliação diária para risco de LP

INDICADOR 07: Indicência de LP

### SIGLAS E DEFINIÇÕES

- NPUAP: National Pressure Ulcer Advisory Panel;
- LP: Lesão por Pressão;
- AHCPR : Agencia for Health Care policy and Research;
- Escala Virtual analogica ( EVA);
- PEP: Prontuário Eletrônico do Paciente;
- TE: Técnico de Enfermagem;
- PRS: Procedimento Sistemico;

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARAÚJO, T.M.D.; ARAÚJO, M.F.M.D.; CAETANO, J.A. "Comparação de escalas de avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes em estado crítico". In. Acta Paul Enferm. 2011; 24(5): 695-700
2. BARROS, S. K. S. A.; ANANMI, E. H. T.; MORAES, M. P. A elaboração de um protocolo para prevenção de úlcera por pressão por enfermeiros de um hospital de ensino. Nursing. 2003;63(6):29. • BERATA, R. P. et al. "Protocolo assistencial para prevenção de úlcera por pressão em clientes críticos". In: Cuidar Enfermagem, 2010Jun/Dez; 4(2):80-86
3. BORGES, E. L.; et al. Feridas: como tratar. Belo Horizonte: Coopmed, 2001. 144 p.
4. DEALEY, C. Cuidando de Feridas.3.ed. São Paulo: Atheneu, 2008.
5. COOPER, D. M. Wound Assessment and evaluation of healing. In: Bryant Ruth A. Acute and chronic wounds: nursing management; 1992. p. 69-90.
6. FHEMIG. Fundação Hospitalar de Minas Gerais. Protocolo Clínico de Atendimento ao Queimadado. Belo Horizonte, 2013.
7. IRION, G. Feridas: Novas Abordagens, Manejo Clínico e Atlas e Cores. Coleção Práxis Enfermagem nº 3. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005
8. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2016.

## PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

Identificação: PRS\_HMDCC\_NSP\_005

Data da Elaboração: 01/2017

Nº Revisão: 4.0

Data: 07/2021

Próxima revisão: 07/2023

9. JORGE, S. A.; DANTAS, S. R. P. E. Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas. São Paulo: Atheneu, 2005
10. MARTINS, D.A.; SOARES, F.R. “Conhecimento sobre prevenção e tratamento de úlceras de pressão entre trabalhadores de enfermagem em um hospital de minas gerais”. In. Cogitare Enferm, 2008 Jan/Mar; 13(01):83-7

## ANEXOS

## ANEXO 1 – SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

**Lesão por Pressão Estágio 1: Pele íntegra com eritema que não embranquece**

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.

**Lesão por Pressão Estágio 2: Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme**

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 exsudato 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).

**Lesão por Pressão Estágio 3: Perda da pele em sua espessura total**

Perda da pele em sua espessura total na qual a gordura é visível e, frequentemente, tecido de granulação e epíbole (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 fásia, 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.

**Lesão por pressão Estágio 4: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular**

Perda da pele em sua espessura total e perda tissular com exposição ou palpação direta da fásia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso. Esfacelo e /ou escara pode estar visível. Epíbole (lesão com bordas enroladas), descolamento e/ou túneis ocorrem frequentemente. 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.

**Lesão por Pressão Não Classificável: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível.**

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 não deve ser removida.

**Lesão por Pressão Tissular Profunda: descoloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece.**

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

**PROCEDIMENTO SISTÊMICO****HOSPITAL  
METROPOLITANO**  
DR. CÉLIO DE CASTRO**Hospital Metropolitano  
Doutor Célio de Castro**

Página: 39 de 42

**PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO**

Identificação: PRS\_HMDCC\_NSP\_005

Data da Elaboração: 01/2017

Nº Revisão: 4.0

Data: 07/2021

Próxima revisão: 07/2023

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 (LTP) para descrever condições vasculares, traumáticas, neuropáticas ou dermatológicas.

**Definições adicionais:****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.

**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

**ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO PARA AUTORIZAÇÃO DE REGISTRO FOTOGRÁFICO DURANTE O TRATAMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO****HOSPITAL  
METROPOLITANO**  
DR. CÉLIO DE CASTRO**SERVIÇO DE INTEGRIDADE CUTÂNEA****TERMO DE CONSENTIMENTO PARA AUTORIZAÇÃO DE REGISTRO FOTOGRÁFICO DURANTE O TRATAMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO**

Paciente: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Tel: ( ) \_\_\_\_\_ Identidade nº: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_

Data da emissão: \_\_\_\_\_

Fui informado (a) neste ato que a ação de mensuração da ferida e registros fotográficos é importante para monitoramento da evolução da ferida, pois fornece de maneira objetiva e sistematizada, parâmetros que indicam melhora ou piora do processo de cicatrização e permite o acompanhamento adequado pela equipe multiprofissional.

Estou ciente que os registros poderão ser realizados durante todo tratamento da lesão, por enfermeiros capacitados a executar tal atividade, sendo que as informações coletadas através do registro fotográfico são sigilosas e o acesso às fotografias ficará restrito aos profissionais de saúde da instituição apenas para trabalhos científicos e de pesquisa.

Fui informado (a) que os registros limitam-se apenas a área da ferida, garantindo assim a não identificação do paciente.

**PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO**

Identificação: PRS\_HMDCC\_NSP\_005

Data da Elaboração: 01/2017

Nº Revisão: 4.0

Data: 07/2021

Próxima revisão: 07/2023

Declaro ter sido informado (a) que não irei receber qualquer compensação financeira pela participação nos registros fotográficos.

Estou ciente que minha identificação será preservada e os registros fotográficos não lhe trarão prejuízos fotográficos.

Estou ciente que minha identificação será preservada e os registros fotográficos não lhe trarão prejuízos médicos, econômicos ou morais.

O Serviço de Comissão de Integridade Cutânea está á disposição para qualquer esclarecimento.

Dessa forma, autorizo a realização do registro fotográfico em série da (s) minhas lesão (ões)/ da (s) lesões do paciente

DATA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

Assinatura do paciente ou responsável: \_\_\_\_\_

Profissional de saúde que apresentou o termo: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Anexo 03 – Infográfico

**PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO**

O nosso objetivo é que os profissionais de saúde conheçam e disseminem as medidas de prevenção de lesão por pressão adotadas no HMDCC e que saibam reconhecer os riscos para aplicação precoce dessas medidas.

**QUANDO O RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO DEVE SER AVALIADO NO HMDCCP**

- 1 Na admissão do paciente
- 2 Na avaliação diária pela equipe assistencial
- 3 Na transição do cuidado

**COMO IDENTIFICAMOS O RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO NO HMDCCP**

Enfermeiro aplica a Escala de Braden no momento da admissão e a cada 24h.

**QUAIS SÃO OS 6 CRITÉRIOS AVALIADOS NA ESCALA DE BRADEN?**

- 1 Percepção sensorial
- 2 Umidade
- 3 Grau de atividade física
- 4 Mobilidade
- 5 Nutrição
- 6 Fricção e cisalhamento

**ESCALA DE BRADEN**

- 9 ou < 9 Risco Muito Alto
- 10 a 12 Risco Alto
- 13 a 14 Risco Moderado
- 15 a 18 Risco Baixo
- 19 a 23 Sem Risco

**As medidas que devem ser adotadas após a aplicação da Escala de Braden estão listadas no Protocolo de Prevenção de Lesão por Pressão disponível em Shift + F10 (Tasy) ou Intranet.**

**QUAIS SÃO AS MEDIDAS BÁSICAS DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO?**

- 1 Identificar o paciente com risco
- 2 Aplicar a escala de Braden diariamente
- 3 Inspeção diária da pele
- 4 Controlar a umidade: mantenha o paciente seco e com a pele hidratada
- 5 Otimizar a nutrição e a hidratação
- 6 Mudar o paciente de posição de duas em duas horas. O paciente deve ser elevado e não, arrastado, durante a mudança de decúbito

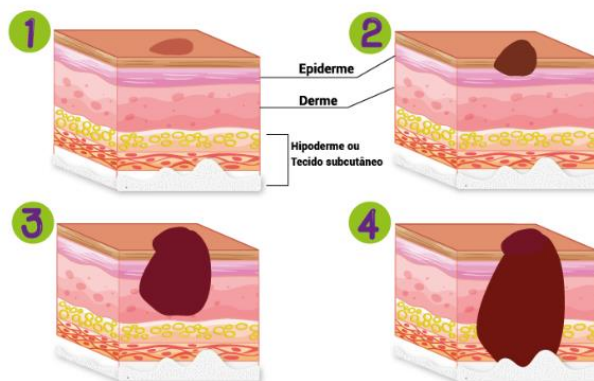
**COMO É CLASSIFICAÇÃO DA LESÃO POR PRESSÃO?**

- Estágio 1** Pele intacta com vermelhidão
- Estágio 2** Perda parcial da espessura da derme
- Estágio 3** Perda total da espessura do tecido. A gordura subcutânea pode estar visível, sem exposição do osso
- Estágio 4** Há perda total do tecido, com exposição óssea, de músculo ou tendão



PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

**EVOLUÇÃO DA LESÃO POR PRESSÃO:**



**E ainda:**

Lesão por pressão não classificáveis

Lesão com perda total de tecido: a base da lesão está coberta por esfacelo (amarelo, acastanhado, cinza, verde ou preta).

NOME DO REGISTRO	LOCAL DE ARQUIVAMENTO	RESPONSÁVEL PELO ARQUIVAMENTO	TEMPO DE RETENÇÃO	DESCARTE
Formulário Auditoria para segurança do paciente / HMDCC (Google Forms)	Diretório (rede) > Pasta NSP > Auditorias	Enfermeiras Núcleo de Segurança do Paciente	5 anos	Após período de retenção deletar no diretório (rede)
Formulário de compilação e análise dos indicadores	Diretório (rede) > Pasta NSP > Indicadores	Enfermeiras Núcleo de Segurança do Paciente	Indeterminado	Não se aplica.
Prescrição Eletrônica	Prontuário eletrônico	Não se aplica	Indeterminado	Não se aplica
Evolução	Prontuário eletrônico	Não se aplica	Indeterminado	Não se aplica

**AValiação de Impacto**

Necessário incorporação de **novas** tecnologias/materiais/equipamentos para execução da rotina? ( ) SIM ( X ) NÃO

Justificar necessidade:

Necessário **alteração** de tecnologias/ materiais/equipamentos já padronizados? ( ) SIM ( X ) NÃO

Justificar necessidade:

Aprovação da diretoria: ( ) APROVADO ( ) REPROVADO

**PROCEDIMENTO SISTÊMICO**

Página: 42 de 42

**PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO**

Identificação: PRS\_HMDCC\_NSP\_005

Data da Elaboração: 01/2017

Nº Revisão: 4.0

Data: 07/2021

Próxima revisão: 07/2023

**CONTROLE HISTÓRICO**

HISTÓRICO	DATA	VERSÃO	RESPONSÁVEL	VALIDAÇÃO	APROVAÇÃO
0.0	01/2017	Elaboração	Aline Rosa Ferreira	Carolina Araújo Moreira	Yara Cristina N. M. B. Ribeiro
1.0	06/2019	Revisão	Mariana Moura	Simone Melo Janine de Pinho Bicalho	Yara Cristina N. M. B. Ribeiro
2.0	08/2019	Revisão	Mariana Moura	Fernanda Martins Azzi	Simone Melo
3.0	02/2020	Revisão	Mariana Moura	Rital del Papa	Simone Melo
4.0	07/2021	Revisão	Liliane Lemes	Daniela Mascarenhas de Paula Campos (Enfª do NSP) Stéphanne Lorraine Martins de Oliveira (Enfª do NSP)	Andreia Torres Mariana Melo (Coordenadora CEVISPP)

**HISTÓRICO DAS REVISÕES:**

HISTÓRICO	DATA	VERSÃO	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO / MOTIVO
0.0	01/2017	Elaboração	Elaboração do documento
1.0	06/2019	Revisão	Revisão das coberturas padronizadas
2.0	08/2019	Revisão	Definição das medidas preventivas para lesão por pressão de dispositivos Inserido Medidas preventivas para úlcera por pressão conforme classificação de risco: risco moderado
3.0	02/2020	Revisão	Inserido medidas de prevenção em pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos (item 7.3).
4.0	07/2021	Revisão	Padronização da abreviatura do termos lesão por pressão para LP. Inluídas responsabilidades de execução pelo Enfermeiro e o Técnico de Enfermagem Inserido infográfico.