	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 21/11/2016
		Ult. Revisão: 08/05/2024
		Vencimento: 08/05/2026
		Versão: 05
		Nº Páginas: 1/20
PROTOCOLO	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO HPD-GE-PT-03	

1. OBJETIVO

Identificar pacientes em risco de evoluir com lesão por pressão (LPP) e/ou lesão de pele e mucosas e assegurar a implantação de medidas que favoreçam a tolerância dos tecidos à pressão protegendo-os contra os efeitos adversos das forças mecânicas externas (pressão, fricção, cisalhamento).

2. RESPONSABILIDADES

2.1. ENFERMEIRO

Avaliação e reavaliação do risco para o paciente desenvolver lesão por pressão, inspeção diária da pele com registros dos achados em evolução e manejo da umidade.

2.2. MÉDICO

Define a restrição ou não de decúbito do paciente de acordo com avaliação do score de gravidade e predição de mortalidade utilizado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) SAPS III.


2.3. FISIOTERAPEUTA

Avaliação da mobilidade do paciente, execução de fisioterapia motora conforme indicação e correlação com parâmetros e condições da ventilação mecânica com a mobilidade do paciente.

2.4. NUTRIÇÃO

Avaliação da performance nutricional do paciente por meio do alcance do valor energético total (VET) e proteínas (PTN) e pelo monitoramento da frequência de evacuações em virtude do aumento da umidade e conseqüentemente do risco de desenvolver lesão de pele no paciente.

Elaboração e Revisão: Simone Amparado Gerência de Enfermagem	Validação: Enf. ^a Vaneska Barbosa Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
---	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 21/11/2016
		Ult. Revisão: 08/05/2024
		Vencimento: 08/05/2026
		Nº Páginas: 2/20
PROTOCOLO	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO HPD-GE-PT-03	

2.5. FARMÁCIA

Interface clínica para avaliação quanto ao uso de drogas vasoativas que implicam em alteração na perfusão periférica, uso de anticoagulantes, interações medicamentosas e antibióticos que possam causar diarreia.

2.6. AUXILIAR/TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Cumprir os cuidados de enfermagem para prevenção de lesão por pressão conforme prescrição de enfermagem.

3. ABRANGÊNCIA

Institucional.

4. DESCRIÇÃO

4.1. LESÃO POR PRESSÃO


É um dano localizado na pele/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.

A classificação é realizada, por estadiamento conforme descrito abaixo:

4.1.1. 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

Elaboração e Revisão: Simone Amparado Gerência de Enfermagem	Validação: Enf. ^a Vaneska Barbosa Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
---	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 21/11/2016
		Ult. Revisão: 08/05/2024
		Vencimento: 08/05/2026
		Versão: 05
		Nº Páginas: 3/20
PROTOCOLO	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO HPD-GE-PT-03	

preceder as mudanças visuais. Mudanças na cor não incluem descoloração púrpura ou castanha; essas podem indicar dano tissular profundo.




4.1.2. 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 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).



Elaboração e Revisão: Simone Amparado Gerência de Enfermagem	Validação: Enf. ^a Vaneska Barbosa Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
---	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 21/11/2016
		Ult. Revisão: 08/05/2024
		Vencimento: 08/05/2026
		Versão: 05
		Nº Páginas: 4/20
PROTOCOLO	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO HPD-GE-PT-03	

4.1.3. Estágio 3

Perda da pele em sua espessura total na qual a gordura é visível e, frequentemente, 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.




4.1.4. 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.

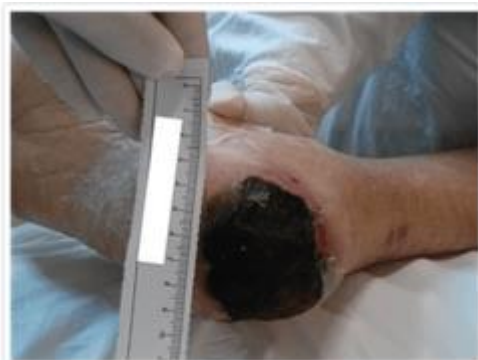


Ela	Exposição de músculo	Exposição de tendão	Exposição de osso
	Simone Amparado	Enf. ^a Vaneska Barbosa	Enf. ^a Drielly Costa
	Gerência de Enfermagem	Qualidade	Coordenadora da Qualidade

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 21/11/2016
		Ult. Revisão: 08/05/2024
		Vencimento: 08/05/2026
		Nº Páginas: 5/20
PROTOCOLO	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO HPD-GE-PT-03	


4.1.5. 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 não deve ser removida.



4.1.6. Lesão por Pressão Tissular Profunda

Elaboração e Revisão: Simone Amparado Gerência de Enfermagem	Validação: Enf. ^a Vaneska Barbosa Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
---	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 21/11/2016
		Ult. Revisão: 08/05/2024
		Vencimento: 08/05/2026
		Versão: 05
		Nº Páginas: 6/20
PROTOCOLO	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO HPD-GE-PT-03	

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. A descoloração pode apresentar-se diferente em pessoas com pele de tonalidade mais escura. 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).




4.1.7. 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 resultante geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo. Essa lesão deve ser categorizada usando o sistema de classificação de lesões por pressão.

4.1.8. Lesão por Pressão em Membranas Mucosas

A lesão por pressão em membranas e 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

Elaboração e Revisão: Simone Amparado Gerência de Enfermagem	Validação: Enf. ^a Vaneska Barbosa Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
---	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 21/11/2016
		Ult. Revisão: 08/05/2024
		Vencimento: 08/05/2026
		Versão: 05
		Nº Páginas: 7/20
PROTOCOLO	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO HPD-GE-PT-03	

4.2. ETAPAS DE PREVENÇÃO DE LESÃO

Todo paciente admitido no Hospital Porto Dias (HPD) deverá ser avaliado em todas as unidades assistenciais (unidade de internação, unidade de terapia intensiva, bloco cirúrgico e unidade de emergência) pelo enfermeiro do setor quanto ao risco de desenvolver lesão por pressão através da Escala de Braden disponível no sistema Tasy.

Devem ser implantadas barreiras estratégicas para prevenção de LPP:

4.2.1. Etapa I - Avaliação de LPP na admissão de todos os pacientes


A avaliação do risco de desenvolvimento de LP e avaliação da pele para detectar a existência de LP ou lesões de pele já instaladas. A pronta identificação de pacientes em risco para o desenvolvimento de LPP, por meio da utilização de ferramenta validada, permite a adoção imediata de medidas preventivas. A avaliação de risco deve contemplar fatores de mobilidade, incontinência, déficit sensitivo e estado nutricional (incluindo desidratação).

4.2.2. Etapa 2 - Reavaliação Diária De Risco De Desenvolvimento De LPP De Todos Os Pacientes Internados

A complexidade e a gravidade dos pacientes internados resultam na necessidade de reavaliação diária do potencial e do risco de desenvolvimento de LPP. A reavaliação diária permite aos profissionais de saúde ajustar sua estratégia de prevenção conforme as necessidades do paciente. O grau de risco, conforme especificado em várias ferramentas, permite que os profissionais implantem estratégias individualizadas para os pacientes.

4.2.3. Etapa 3 - Inspeção diária da pele

Elaboração e Revisão: Simone Amparado Gerência de Enfermagem	Validação: Enf. ^a Vaneska Barbosa Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
---	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 21/11/2016
		Ult. Revisão: 08/05/2024
		Vencimento: 08/05/2026
		Versão: 05
		Nº Páginas: 8/20
PROTOCOLO	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO HPD-GE-PT-03	


Pacientes que apresentam risco de desenvolvimento de LPP necessitam de inspeção diária de toda a superfície cutânea, da cabeça aos pés. Estes pacientes, em geral hospitalizados, podem apresentar deterioração da integridade da pele em questão de horas. Em virtude da rápida mudança de fatores de risco em pacientes agudamente enfermos, a inspeção diária da pele é fundamental. Para uma apropriada inspeção da pele, deve-se ter especial atenção às áreas corporais de maior risco para LPP, como as regiões anatômicas sacral, calcâneo, ísquio, trocânter, occipital, escapular, maleolar e regiões corporais submetidas à pressão por dispositivos como a presença de cateteres, tubos e drenos. A realização de diagnóstico diferencial para a distinção entre os tipos de lesões (úlceras arterial, úlcera venosa, úlcera neuropática e dermatites) melhora o tratamento e gerenciamento do cuidado.

A inspeção da pele deve ocorrer em intervalos pré-definidos, cuja periodicidade é deve ser diária. É necessário o registro apropriado e pontual das alterações encontradas e da conduta traçada para tratamento.

4.2.4. Etapa 4 - Manejo da umidade: manutenção do paciente seco e com a pele hidratada

A pele úmida é mais vulnerável ao desenvolvimento de lesões e tende a se romper mais facilmente. A pele deve ser limpa, sempre que apresentar sujidade e em intervalos regulares. O processo de limpeza deve incluir utilização cuidadosa de um agente de limpeza suave que minimize a irritação e a secura da pele. Deve -se tomar cuidado para minimizar a exposição cutânea à umidade decorrente de incontinência, transpiração ou exsudato de feridas. Quando estas fontes de umidade não puderem ser controladas, a utilização de fraldas e absorventes, protetor cutâneo são recomendados, com o objetivo de minimizar o contato da pele com a umidade. Agentes tópicos que atuam como barreiras contra a umidade e hidratam a pele

Elaboração e Revisão: Simone Amparado Gerência de Enfermagem	Validação: Enf. ^a Vaneska Barbosa Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
---	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 21/11/2016
		Ult. Revisão: 08/05/2024
		Vencimento: 08/05/2026
		Versão: 05
		Nº Páginas: 9/20
PROTOCOLO	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO HPD-GE-PT-03	

também podem ser utilizados. O tratamento da pele ressecada com hidratantes tem se mostrado especialmente efetivo na prevenção de LPP.

4.2.5. Etapa 5 - Otimização da nutrição e da hidratação

A avaliação de pacientes com possível risco de desenvolvimento de LPP deve incluir a revisão de fatores nutricionais e de hidratação. Pacientes com déficit nutricional ou desidratação podem apresentar perda de massa muscular e de peso, tornando os ossos mais salientes e a deambulação mais difícil. Edema e menor fluxo sanguíneo cutâneo geralmente acompanham os déficits nutricionais e hídricos, resultando em lesões isquêmicas que contribuem para as lesões na pele. Pacientes mal-nutridos podem apresentar uma probabilidade duas vezes maior de lesões cutâneas.


4.2.6. Etapa 6 - Minimizar a pressão.

A redistribuição da pressão, especialmente sobre as proeminências ósseas, é a preocupação principal. Pacientes com mobilidade limitada apresentam risco maior de desenvolvimento de LPP e todos os esforços devem ser feitos para redistribuir a pressão sobre a pele, seja pelo reposicionamento a cada 02 (duas) horas ou pela utilização de superfícies de redistribuição de pressão. O objetivo do reposicionamento a cada 2 horas é redistribuir a pressão e, conseqüentemente, manter a circulação nas áreas do corpo. Avaliar sempre o posicionamento tolerado ou recomendado para cada paciente como mini-mudança (45° C), descompressão (rotação de quadril) ou mudança de decúbito (90°C).

4.3. INTERVENÇÕES PREVENTIVAS DE LESÃO


- Promover mudança de decúbito em até 2 horas ou mais frequentemente, se necessário, de acordo com a condição clínica dos pacientes e indicação da escala de Braden;

Elaboração e Revisão: Simone Amparado Gerência de Enfermagem	Validação: Enf. ^a Vaneska Barbosa Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
---	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 21/11/2016
		Ult. Revisão: 08/05/2024
		Vencimento: 08/05/2026
		Versão: 05
		Nº Páginas: 10/20
PROTOCOLO	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO HPD-GE-PT-03	

- Manter colchão pneumático no leito dos pacientes de risco - escore de Braden igual ou menor de 16;
- Evitar posicionar o paciente diretamente sobre os trocânteres;
- Mantê-lo a 30º (posição lateral) com auxílio de travesseiros e coxins;
- Mudar a posição do paciente com cuidado (por exemplo, evitar atrito, fricção e cisalhamento), para prevenir lesões na pele fragilizada;
- Elevar a cabeceira da cama no máximo até 30º, se a condição clínica do paciente permitir, e pelo menor tempo possível;
- Solicitar suporte nutricional para os pacientes identificados como “alto risco” (escore de Braden menor ou igual a 11);
- Proteger as áreas de proeminências ósseas com travesseiros ou coxins (exemplo, joelhos e tornozelos);
- Manter o calcâneo elevado, com auxílio de coxim próprio, evitando encostá-lo no colchão;
- Minimizar a exposição da pele à umidade causada por incontinência,
- Limpar a pele sempre que necessário e em intervalos de rotina;
- Evitar uso de água quente e fricção durante o banho;
- Utilizar um agente suave para o banho (sabonete neutro) que minimize a irritação e não resseque a pele;
- Utilizar hidratante (emoliente), imediatamente, após o banho, para a proteção e hidratação da pele;

Elaboração e Revisão: Simone Amparado Gerência de Enfermagem	Validação: Enf. ^a Vaneska Barbosa Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
---	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 21/11/2016
		Ult. Revisão: 08/05/2024
		Vencimento: 08/05/2026
		Versão: 05
		Nº Páginas: 11/20
PROTOCOLO	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO HPD-GE-PT-03	

- Ácidos graxos essenciais (AGE), nos pacientes idosos e/ou com pele ressecada;
- Evitar o uso de adesivos médicos sobre pele frágil;
- Não massagear áreas com hiperemia, devido ao risco de rompimento de vasos nos tecidos subjacentes;
- Evitar massagear áreas de proeminências ósseas;
- Não fazer uso de almofadas tipo donuts ou anel, que poderão aumentar a área de isquemia;
- Reposicionar o paciente a cada hora, quando estiver sentado;
- Observar e considerar o alinhamento postural, a distribuição do peso e estabilidade, quando posicionar o paciente em cadeira de rodas;
- Orientar os pacientes usuários de cadeiras de rodas a realizar alívio da pressão a cada 15 minutos;
- Orientar o paciente e familiares sobre as medidas preventivas de cuidado.


4.4. GRUPOS ESPECIAIS

4.4.1. Paciente Cirúrgico/Hemodinâmica

Durante a cirurgia, os pacientes estão imobilizados, posicionados sobre uma superfície relativamente dura, incapazes de sentir a dor causada pela pressão e as forças de cisalhamento e incapazes de mudar de posição para aliviar a pressão, aumentando o risco para o desenvolvimento de lesão por pressão.

Os fatores de risco indivíduos submetidos à cirurgia são: Tempo imobilizado antes da cirurgia, duração da cirurgia, aumento dos períodos de hipotensão durante a

Elaboração e Revisão: Simone Amparado Gerência de Enfermagem	Validação: Enf. ^a Vaneska Barbosa Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
---	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 21/11/2016
		Ult. Revisão: 08/05/2024
		Vencimento: 08/05/2026
		Versão: 05
		Nº Páginas: 12/20
PROTOCOLO	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO HPD-GE-PT-03	

cirurgia, baixa temperatura corporal durante a cirurgia, mobilidade reduzida durante o primeiro dia do pós-operatório.

Orientações: Solicitar o colchão pneumático para pacientes em pré-operatório de cirurgia cardíaca; Cuidado na fixação de dispositivos para evitar contato direto com a pele do paciente (sondas, drenos, cateteres centrais, placa de bisturi).

4.4.2. Paciente em cuidados paliativos


É uma modalidade de cuidados destinada a todo e qualquer paciente que possua uma doença de caráter irreversível e que ameace a continuidade da vida, buscando proporcionar qualidade de vida por meio do alívio da dor e de qualquer sofrimento de ordem física, psicológica, social e espiritual, incluindo também seus familiares.

Fatores de risco: Tempo imobilizado, dor oncológica, nutrição prejudicada. Alguns fatores relacionados ao câncer avançado favorecem o aparecimento e a formação de LPP, como diminuição da mobilidade, alterações sistêmicas, caquexia neoplásica e extremos de idade.

As principais orientações para esse grupo de pacientes são:

- A mudança de decúbito não deve ser realizada frequentemente caso traga desconforto ao paciente.
- Mediar a cada 20 ou 30 minutos antes da mudança agendada de posição no caso de indivíduos que expressem dor significativa durante o movimento;
- Ter em conta as preferências do indivíduo no momento da mudança de decúbito, inclusive se tem uma posição de conforto, depois de lhe explicar as razões para realizá-la;
- Considerar a substituição da superfície de apoio para melhorar a redistribuição da pressão e o nível de conforto;

Elaboração e Revisão: Simone Amparado Gerência de Enfermagem	Validação: Enf. ^a Vaneska Barbosa Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
---	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 21/11/2016
		Ult. Revisão: 08/05/2024
		Vencimento: 08/05/2026
		Nº Páginas: 13/20
PROTOCOLO	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO HPD-GE-PT-03	

- Tentar reposicionar pelo menos de 4 em 4 horas em um colchão que redistribua a pressão e de 2 em 2 horas num colchão normal;
- Viabilizar uma nutrição adequada e uma hidratação compatível com o estado de saúde;
- Educar o paciente e as respectivas pessoas significativas sobre as alterações observadas ao nível da pele na fase final da vida e confirmar que os cuidadores familiares compreendem os objetivos e o plano de cuidados.

A pele sendo o maior órgão do corpo humano, também inicia um processo de despedida de suas funções e um dos sinais mais frequentes e pouco conhecido é a úlcera terminal de Kennedy (UTK), que se caracteriza por ser um tipo de LPP que aparece de forma espontânea, geralmente como uma LPP estágio II, similar a uma abrasão e evolui rapidamente para uma LPP estágio IV em pacientes com doenças avançadas.


4.4.3. Paciente obeso

É uma condição em que há acúmulo de gorduras no organismo além do normal, mais severa que o sobrepeso, o índice de massa corporal (IMC) é igual ou maior que 30. Os fatores de risco associados são dietas calóricas e pobres em nutrientes, sedentarismo, doenças e medicações, fumo, idade.

As principais orientações para esse grupo de pacientes são:

- Avaliar regularmente todas as pregas da pele;
- Distinguir dermatite intertriginosa e dermatite associada à incontinência das lesões por pressão de grau I e II;
- A cama deve ter especificações adequadas para capacidade de tamanho e peso;

Elaboração e Revisão: Simone Amparado Gerência de Enfermagem	Validação: Enf. ^a Vaneska Barbosa Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
---	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 21/11/2016
		Ult. Revisão: 08/05/2024
		Vencimento: 08/05/2026
		Versão: 05
		Nº Páginas: 14/20
PROTOCOLO	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO HPD-GE-PT-03	

- A escolha de uma superfície de apoio deve permitir melhor redistribuição da pressão, a redução do cisalhamento e o controlo microclimático;
- Elevadores para elevação no leito e outros dispositivos de apoio à manutenção contínua da mobilidade e da independência;
- Avaliação nutricional completa e um plano de controle do peso;
- Verificar de forma rotineira a existência de afundamento na superfície de apoio;
- Certifique-se de que a superfície da cama é suficientemente ampla para permitir virar o indivíduo sem tocar nas barras laterais da cama;
- Evitar exercer pressão sobre a pele dos tubos, de outros dispositivos médicos e de objetos estranhos.


4.4.4. Paciente em estado crítico

São pacientes com doenças agudas graves ou cirúrgicas, que precisam suporte ventilatório e hemodinâmico, drogas vasoativas contínuas. Fatores de risco: Instabilidade hemodinâmica; Instabilidade respiratória.

As principais orientações para esse grupo de pacientes são:

- Avaliar a necessidade de substituir a superfície de apoio de redistribuição da pressão no caso de indivíduos com má oxigenação e perfusão local, sistêmica e que não podem ser mobilizados por razões médicas, de forma a melhorar a redistribuição, reduzir o cisalhamento e controlar o microclima
- Nos casos de pacientes que não conseguem tolerar mudanças de posição significativas, é necessário realizar mini mudanças de posição, mas frequentes para permitir a reperfusão;

Elaboração e Revisão: Simone Amparado Gerência de Enfermagem	Validação: Enf. ^a Vaneska Barbosa Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
---	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 21/11/2016
		Ult. Revisão: 08/05/2024
		Vencimento: 08/05/2026
		Versão: 05
		Nº Páginas: 15/20
PROTOCOLO	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO HPD-GE-PT-03	

- Utilizar uma almofada e/ou coxim ao longo da parte posterior da perna para elevar os calcâneos.
- O joelho deve estar ligeiramente flexionado para evitar a obstrução da veia poplítea e precauções devem ser tomadas para evitar pressão sobre o tendão de Aquiles;
- Posição de pronação: libertar a carga dos pontos de pressão no rosto e no corpo resultantes da posição de pronação;
- Rotação Lateral: Minimizar o cisalhamento ao utilizar a rotação lateral.


4.4.5. Paciente Idoso

Os idosos tendem a apresentar capacidades regenerativas decrescentes, o que pode levar, por exemplo, à fragilidade, um processo de crescente vulnerabilidade, predisposição ao declínio funcional. Ademais, podem evoluir com doenças renais, caquexia, Alzheimer, demência, Parkinson. Fatores de risco: Idade > 60.

As principais orientações para esse grupo de pacientes são:

- Educar o paciente e as respectivas pessoas significativas sobre as alterações observadas ao nível da pele no processo de envelhecimento e na fase final da vida;
- Proteger a pele envelhecida de lesões cutâneas associadas à pressão e ao cisalhamento;
- Desenvolver e implementar um plano individualizado de tratamento da incontinência;
- Reposicionar regularmente o idoso incapaz de se reposicionar a si mesmo;

Elaboração e Revisão: Simone Amparado Gerência de Enfermagem	Validação: Enf. ^a Vaneska Barbosa Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
---	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 21/11/2016
		Ult. Revisão: 08/05/2024
		Vencimento: 08/05/2026
		Versão: 05
		Nº Páginas: 16/20
PROTOCOLO	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO HPD-GE-PT-03	

- Ter em conta a condição clínica do indivíduo e a superfície de apoio de redistribuição da pressão em uso no momento de decidir se o reposicionamento deve ser implementado como estratégia de prevenção;
- Ter especial atenção na posição e na técnica de movimentação manual usadas nos reposicionamentos;
- Reposicionar frequentemente a cabeça dos idosos que estejam sedados, ventilados ou imobilizados;
- Considerar idosos com dispositivos médicos como estando em risco de desenvolver lesão por pressão;
- Garantir que os dispositivos médicos têm a dimensão adequada e estão devidamente aplicados de forma a evitar uma pressão excessiva.

4.4.6. Paciente de Cirurgia Cardíaca


São pacientes que passam longo período imóvel, para realização do procedimento e a cirurgia envolve a esternotomia, fato este que gera inviabilidade em posicionar o paciente em lateral, pelo risco de sobreposição óssea do esterno.

Fatores de risco: Tempo imobilizado antes da cirurgia; Duração da cirurgia; Aumento dos períodos de hipotensão durante a cirurgia; Baixa temperatura corporal durante a cirurgia e mobilidade reduzida durante o primeiro dia do pós-operatório.

As principais orientações para esse grupo de pacientes são:

- Não posicionar o indivíduo diretamente sobre um dispositivo médico a menos que tal não possa ser evitado;
- Garantir que os calcâneos não estão em contato com a superfície da mesa de operações;

Elaboração e Revisão: Simone Amparado Gerência de Enfermagem	Validação: Enf. ^a Vaneska Barbosa Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
---	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 21/11/2016
		Ult. Revisão: 08/05/2024
		Vencimento: 08/05/2026
		Versão: 05
		Nº Páginas: 17/20
PROTOCOLO	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO HPD-GE-PT-03	

- Posicionar o indivíduo de forma a reduzir o risco de desenvolvimento da lesão por pressão durante a cirurgia;
- Documentar a posição do indivíduo e as áreas anatômicas sob crescente pressão durante a cirurgia.

4.4.7. Paciente recém-nascido ou pediátrico

A pele infantil caracteriza-se por ser imatura, fina, sensível, frágil, pouco protegida, facilmente irritável e bastante delicada, devido à grande imaturidade das estruturas que a constituem, fazendo com que seja mais facilmente permeável a agressores externos potencialmente prejudiciais e menos apta a manter homeostasia.

Esses pacientes possuem pH neutro na sua superfície, diminuindo significativamente a defesa contra microorganismos patógenos. Seu conteúdo lipídico, que exerce importante função na manutenção da barreira epidérmica e na integridade da pele, é menor devido à baixa atividade das glândulas sebáceas, mas apresenta um elevado teor em água.


A imaturidade da sua barreira epidérmica provoca maior facilidade de ressecamento, diminui sensivelmente a defesa contra a excessiva proliferação microbiana e a torna mais susceptível ao trauma e à toxicidade, por absorção percutânea de drogas.

À medida que o tempo vai passando, a pele da criança vai adquirindo resistência e impermeabilidade, porém sempre inferior à pele do adulto, sendo mais facilmente agredida mecanicamente, por exemplo, por meio da fricção e cisalhamento no leito causando o desenvolvimento da lesão por pressão.

Vale ressaltar que a escala a ser realizada para avaliação do risco predisponente para a pediatria é a escala de BRADEN Q.

5. MARCADORES

Elaboração e Revisão: Simone Amparado Gerência de Enfermagem	Validação: Enf. ^a Vaneska Barbosa Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
---	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 21/11/2016
		Ult. Revisão: 08/05/2024
		Vencimento: 08/05/2026
		Versão: 05
		Nº Páginas: 18/20
PROTOCOLO	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO HPD-GE-PT-03	

- Número de Lesões por pressão Adquiridas no Hospital– UTI Adulto, UTI Neo/Ped, UI Adulto, UI Pediátrica, Bloco Cirúrgico;
- % Lesões por Pressão x Risco Elevado
- Estudo Trimestral de Prevalência de Pacientes com Lesão por Pressão Adquirida no Hospital % Adesão às Boas Práticas

6. INDICADORES

- Prevalência de pacientes com lesão por pressão adquirida no Hospital
- Incidência de lesão por pressão adquirida no Hospital

7. REFERÊNCIAS

American National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). Associação Brasileira de Estomaterapia. Consenso NPUAP - Classificação das lesões por pressão Adaptado Culturalmente para o Brasil, 2016.


BRASIL, Ministério da Saúde. Agência nacional de vigilância sanitária. RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.

Aragão, Brune Francisca de Farias; Barbosa, Maria do Socorro Alécio; Monteiro, Gerluce Araújo Silva de Souza; Araújo, Tatiana Cristina Nascimento Ramos de Souza; Jhon, Jack Roberto Silva; Lima, Fábica Maria de. Características da úlcera terminal de Kennedy em pacientes paliativos: uma revisão integrativa. Rev. Enferm. Atual In Derme; 96(38): 1-12, Abr-Jun. 2022.

Guia Para Prevenção de Lesão Por Pressão: Orientações para pacientes adultos e familiares. 2020. Disponível em: http://eerp.usp.br/feridas cronicas/cartilha_lp.html. Acesso: 20/09/2023

8. ANEXOS

Elaboração e Revisão: Simone Amparado Gerência de Enfermagem	Validação: Enf. ^a Vaneska Barbosa Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
---	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 21/11/2016
		Ult. Revisão: 08/05/2024
		Vencimento: 08/05/2026
		Versão: 05
		Nº Páginas: 19/20
PROTOCOLO	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO HPD-GE-PT-03	

Sem anexo.

9. QUADRO RECAPITULATIVO

Descrição da Revisão	Versão	Data
Emissão inicial	01	02/05/2016
Revisão Geral adequação ao GLD.11.2 do Manual de Acreditação Internacional da JCI.	02	04/05/2018
Item 2, que trata das responsabilidades, foi feita a descrição por categoria profissional; atualizado item 4.1, foram incluídas as imagens por foram incluídas as imagens por estadiamento de lesão e ampliada a descrição do conceito por estadiamento, 4.2; No item 4.4.6, onde fala do paciente que realiza Cirurgia Cardíaca, foi detalhada o risco desse perfil de paciente para desenvolvimento de lesão; no item 5, foram acrescentados marcadores; No item 6, foram redefinidos os indicadores.	03	06/08/2020
Revisão Geral, acréscimo do item 4.4.7 que fala sobre pacientes de neonatologia e pediatria.	04	25/09/2022
Revisão geral conforme prazo definido na norma zero. Sem modificações.	05	08/05/2024

Elaboração e Revisão: Simone Amparado Gerência de Enfermagem	Validação: Enf. ^a Vaneska Barbosa Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
---	---	---