



# SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE LARANJEIRAS DO SUL-PR

Rua Barão do Rio Branco, 1861 - Centro - 85.301-030  
CNPJ: 95.587.473/0001-43 - Fone: (42) 3635-7550

## PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

<b>ELABORAÇÃO:</b> Enfª Carolina Sangalli DATA: 01/03/2018	<b>REVISÃO:</b> Enfª Priscila Baptistel e Enfª Juliana Boeira 18/04/18	<b>PRÓXIMA REVISÃO:</b> 18/04/2019	<b>REVISADO EM:</b> 06/2022	<b>REVISADO EM:</b> _/_/_/ _____	<b>REVISADO EM:</b> _/_/_/ _____
--	--	---	------------------------------------	--	--

## Sumário

1. INTRODUÇÃO .....	3
2. ESTÁGIOS DA LESÃO POR PRESSÃO .....	3
3. ETAPAS DE AVALIAÇÃO DE ESTRATÉGIA PARA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO .....	4
4. MEDIDAS PREVENTIVAS CONFORME CLASSIFICAÇÃO DE RISCO – ESCALA DE BRADEN .....	10
5. REFERÊNCIAS .....	11

# PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

## 1. INTRODUÇÃO

Lesão por pressão é uma lesão localizada na pele e/ou no tecido ou estrutura subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante de pressão isolada ou de pressão combinada com fricção e/ou cisalhamento (deformação que sofre um corpo quando sujeito a ação de forças cortantes).

Diferentemente de boa parte das alterações de pele, a LPP tem sido alvo de grande preocupação para os serviços de saúde, pois a sua ocorrência causa impacto tanto para os pacientes e seus familiares, quanto para o próprio sistema de saúde, com o prolongamento de internações, riscos de infecção e outros agravos evitáveis.

A maioria dos casos de LPP pode ser evitada por meio da identificação dos pacientes em risco e da implantação de estratégias de prevenção confiáveis.

## 2. ESTÁGIOS DA 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.

**Estágio 2:** Perda parcial da espessura dérmica. Apresenta-se como úlcera superficial com o leito de coloração vermelho pálida. Pode se apresentar ainda como uma bolha intacta ou aberta/rompida.

**Estágio 3:** Perda de tecido em sua espessura total. A gordura subcutânea pode estar visível, sem exposição de osso, tendão ou músculo.

**Estágio 4:** Perda de pele em sua espessura total e perda tissular com exposição ou palpação direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso.

**Lesão por pressão não classificável:** Perda de pele em sua espessura total, com perda tissular não visível. Ocorre perda tissular na qual a extensão do dano não pode ser confirmada devido a escara e esfacelo. Apresenta escara estável de aspecto seco, aderente, sem eritema ou flutuação;

**Lesão por pressão tissular profunda:** A pele pode estar intacta ou não. Ocorre descoloração vermelho escura, marrom ou purpura, persistente e que não embranquece. Normalmente a dor e mudança de temperatura precedem as alterações

de descoloração da pele. Resulta da pressão intensa, prolongada e do cisalhamento na interface osso-músculo.

### **3. ETAPAS DE AVALIAÇÃO DE ESTRATÉGIA PARA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO**

Existem seis etapas essenciais para utilizar na estratégia de prevenção, esta deve ser seguida pela unidade de saúde, e recomendada para familiares dos pacientes.

#### **3.1 ETAPA 1**

Avaliação de lesão por pressão na unidade de saúde ou na visita domiciliar realizada pelo enfermeiro e equipe de saúde, para pacientes debilitados.

- Na visita domiciliar atentar ao risco de desenvolvimento de LPP;
- Avaliação da pele para detectar a existência de LPP ou lesão 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 os seguintes fatores:

- a) mobilidade;
- b) incontinência;
- c) déficit sensitivo e;
- d) estado nutricional (incluindo desidratação).

A escala de Braden é a ferramenta amplamente utilizada:

		Pontuação			
		1	2	3	4
<b>Fatores de Risco</b>	<b>Percepção Sensorial</b>	Totalmente limitado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação
	<b>Umidade</b>	Completamente molhado	Muito molhado	Ocasionalmente molhado	Raramente molhado
	<b>Atividade</b>	Acamado	Confinado à cadeira	Anda ocasionalmente	Anda frequentemente
	<b>Mobilidade</b>	Totalmente	Bastante limitado	Levemente limitado	Não apresenta limitações
	<b>Nutrição</b>	Muito pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente
	<b>Fricção e Cisalhamento</b>	Problema	Problema potencial	Nenhum problema	-

### 3.2 ETAPA 2

Reavaliação diária dos familiares quanto ao risco seguindo as orientações dos profissionais de enfermagem.

A complexidade e a gravidade dos pacientes resultam na necessidade de reavaliação do potencial e do risco de desenvolvimento de LPP. A reavaliação 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.

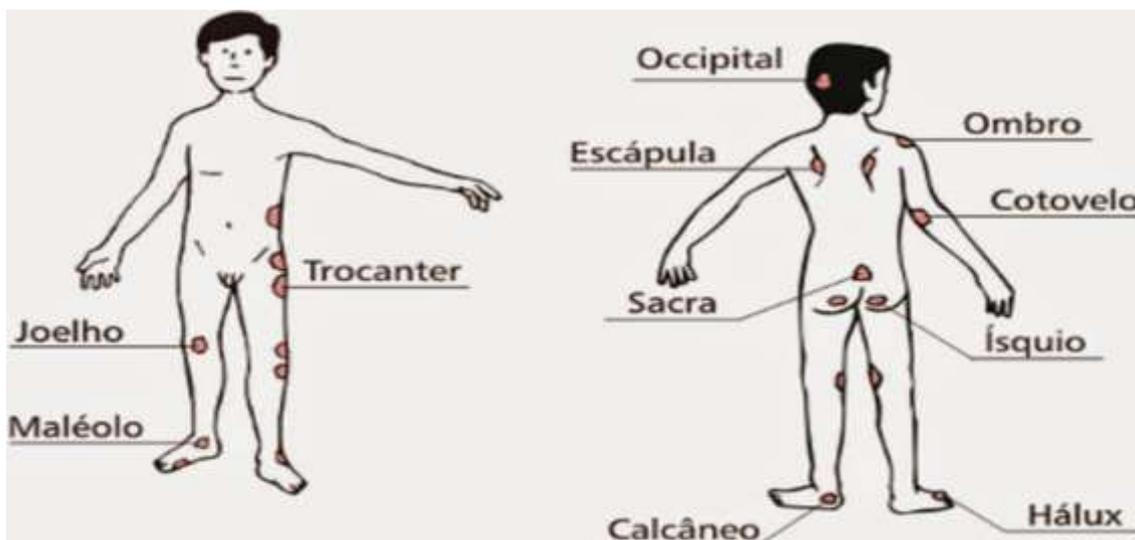
A avaliação e prescrição de cuidados com a pele é uma atribuição do enfermeiro, sendo que a participação da equipe multiprofissional na prevenção das alterações é fundamental na contribuição para a prescrição e no planejamento dos cuidados com o paciente em risco.

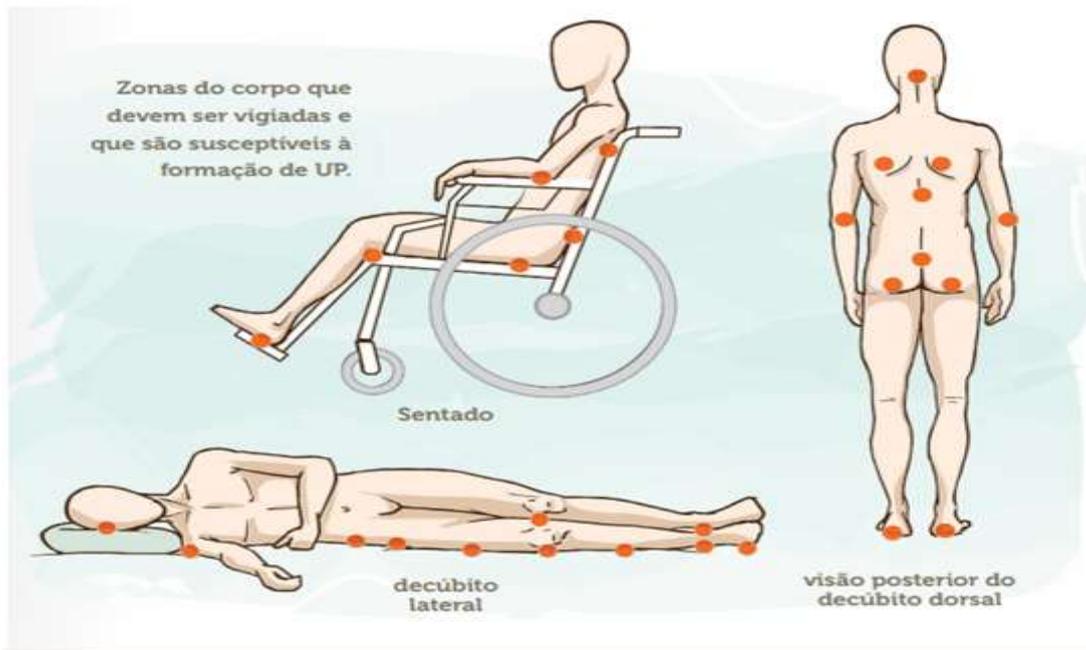
### 3.3 ETAPA 3

Na etapa 3 deve-se realizar a inspeção diária da pele, pois pacientes que apresentam alto risco para lesão necessitam ser analisados diariamente pelos familiares e em caso de mudanças devem informar a equipe de saúde.

Em virtude da rápida mudança de fatores em pacientes agudamente enfermos, a inspeção diária da pele é essencial. Deve ser dada atenção especial a áreas de alto risco para desenvolvimento.

Recomenda-se examinar a pele do paciente cuidadosamente para identificar alterações da integridade cutânea, avaliando as áreas de maior risco citadas nas figuras abaixo.





### 3.4 ETAPA 4

A etapa 4 refere-se ao manejo da umidade, na manutenção do paciente seco e com a pele hidratada. A pele úmida é mais vulnerável, propícia ao desenvolvimento de lesões, facilitando o rompimento da pele. A pele deve ser limpa sempre que apresentar sujidades em intervalos regulares. O processo de limpeza deve incluir a 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 é recomendada, 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 também podem ser utilizados.

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

Algumas recomendações são explicadas para os familiares para evitar a UPP:

- Limpe a pele sempre que estiver suja ou sempre que necessário. É recomendada a utilização de água morna e sabão neutro para reduzir a irritação e o ressecamento da pele.

- Use hidratantes na pele seca e em áreas ressecadas, principalmente após banho, pelo menos 1 vez ao dia. A pele seca parece ser um fator de risco importante e independente no desenvolvimento de lesões por pressão.
- Durante a hidratação da pele, não massagear áreas de proeminências ósseas ou áreas hiperemiadas. A aplicação de hidratante deve ser realizada com movimentos suaves e circulares.
- A massagem está contraindicada na presença de inflamação aguda e onde existe a possibilidade de haver vasos sanguíneos danificados ou pele frágil. A massagem não deverá ser recomendada como uma estratégia de prevenção de lesões por pressão.
- Proteger a pele da exposição à umidade excessiva através do uso de produtos de barreira, de forma a reduzir o risco de lesão por pressão. As propriedades mecânicas do estrato córneo são alteradas pela presença de umidade, assim como a sua função de regulação da temperatura.

### **3.5 ETAPA 5**

Na etapa cinco realizar a otimização da nutrição e da hidratação, para diminuir os riscos de desenvolvimento de lesão por pressão. 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. Líquidos, proteínas e ingesta calórica são importantes aspectos para a manutenção de um estado nutricional adequada. Suplementos nutricionais podem ser necessários caso a ingesta não seja suficiente. É recomendado que nutricionistas fossem consultados nos casos de pacientes com desnutrição a fim de avaliar e propor intervenções mais apropriadas.

### **3.6 ETAPA 6**

A sexta etapa refere-se a orientação da minimização a pressão, redistribuição da pressão, especialmente sobre as proeminências ósseas, é a preocupação principal. Pacientes com mobilidade limitada apresentam risco maior de desenvolvimento de

LPP. 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 com risco de desenvolvimento de LPP. Duas horas em uma única posição é o máximo de tempo recomendado para pacientes com capacidade circulatória normal.

O reposicionamento de pacientes de risco alterna ou alivia a pressão sobre áreas suscetíveis, reduzindo o risco de desenvolvimento de lesão por pressão. Travesseiros e coxins são materiais facilmente disponíveis e que podem ser utilizados para auxiliar a redistribuição da pressão. Quando utilizados de forma apropriada, podem expandir a superfície que suporta o peso. Geralmente a pele de pacientes com risco para LPP rompe-se facilmente durante o reposicionamento, portanto, deve-se tomar cuidado com a fricção durante este procedimento.

Superfícies de apoio específicas (como colchões, camas e almofadas) redistribuem a pressão que o corpo do paciente exerce sobre a pele e os tecidos subcutâneos. Se a mobilidade do paciente está comprometida e a pressão nesta interface não é redistribuída, a pressão pode prejudicar a circulação, levando ao surgimento da lesão.

Os profissionais de saúde devem recomendar para as familiares estratégias de prevenção, como garantir o reposicionamento do paciente e sua colocação em superfícies de redistribuição de pressão, para todos aqueles com risco identificado.



## **4. MEDIDAS PREVENTIVAS CONFORME CLASSIFICAÇÃO DE RISCO – ESCALA DE BRADEN**

### **4.1 Risco baixo** (15 a 18 pontos na escala de Braden).

- Cronograma de mudança de decúbito;
- Otimização da mobilização;
- Proteção do calcanhar;
- Manejo da umidade, nutrição, fricção e cisalhamento, bem como uso de superfícies de redistribuição de pressão.

### **4.2 Risco moderado** (13 a 14 pontos na escala de Braden).

- Continuar as intervenções do risco baixo;
- Mudança de decúbito com posicionamento a 30°.

### **4.3 Risco alto** (10 a 12 pontos na escala de Braden).

- Continuar as intervenções do risco moderado;
- Mudança de decúbito frequente;
- Utilização de coxins de espuma para facilitar a lateralização a 30°.

### **4.4 Risco muito alto** ( $\leq 9$ pontos na escala de Braden).

- Continuar as intervenções do risco alto;
- Utilização de superfícies de apoio dinâmico com pequena perda de ar, se possível;
- Manejo da dor.

## 5. REFERÊNCIAS

-American Medical Directors Association. Pressure Ulcers in Long-Term Care Setting Clinical Guideline: Columbia, MD: AMDA, 2008.

-Ministério da Saúde, Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão, ANVISA/Fiocruz, 2013.

-Adriana Bessa Fernandes MedeirosI; Consuelo Helena Aires de Freitas LopesII; Maria Salete Bessa. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostas por enfermeiros. Rev. esc. enferm. USP vol.43 no.1 São Paulo, 2009.

-Sheila Rampazzo Luz; André CleocirLopacinski; Rogério de Fraga; Cícero de Andrade Urban; Úlceras de Pressão. Curitiba, 2009.