



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ
DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E SAÚDE NA
AMAZÔNIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO E SERVIÇOS DE SAÚDE

ANDRÉA FABIANE AGUIAR CHAGAS DE MIRANDA

**PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR
PRESSÃO**

BELÉM/PARÁ
2018

ANDRÉA FABIANE AGUIAR CHAGAS DE MIRANDA

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

Produto apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Gestão na Amazônia, Mestrado Profissional em Gestão e Serviços em Saúde da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Gestão e Saúde. Ferramenta construída a partir da dissertação “Elaboração e validação de protocolo de prevenção de lesão por pressão para um hospital de urgência e emergência”.

Orientadora: Profa. Dra. Ingrid Magali de Souza Pimentel.

BELÉM/PARÁ
2018

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	4
2	CONCEITO	5
3	CLASSIFICAÇÃO.....	5
4	INTERVENÇÕES E RECOMENDAÇÕES.....	7
5	MEDIDAS PREVENTIVAS	11
	ANEXO A.....	12
	REFERÊNCIAS	13

1 INTRODUÇÃO

O protocolo de prevenção para manejo de pacientes internados no Hospital Pronto Socorro Municipal Mario Pinotti (HPSM-MP) tem por principal objetivo, catalisar as ações dos enfermeiros no enfrentamento das dificuldades para atuar na prevenção de lesões por pressão (LPP) em pacientes clínicos e traumato-ortopédico adultos, hospitalizados em unidades de urgência e emergência do hospital HPSM-MP.

Este documento alinha conteúdo técnico, baseado nas mais recentes evidências científicas, com o aprimoramento da política pública em saúde no Brasil, de forma sustentável e responsável. As informações são totalmente baseadas nas recomendações do protocolo Programa Nacional de Segurança do paciente (Ministério da Saúde) e do consenso dos órgãos internacionais presente no guideline National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel e Pan Pacific Pressure Injury Alliance.

No Brasil não existe informações científicas que comprovem a incidência e prevalência de lesão por pressão, porém há estudos específicos de unidades de saúde que comprovam o elevado número de pacientes que apresentam essa complicação, fato que comprova a necessidade de novas pesquisas.¹

A presença de LPP causa vários problemas físicos e emocionais ao paciente, uma vez que são fonte de dor, desconforto e sofrimento. As LPPs aumentam o risco de desenvolvimento de outras complicações e influenciam na morbidade e na mortalidade do paciente acometido, constituindo, assim, um sério problema de saúde. Também trazem várias implicações na vida dos familiares e da instituição em que se encontra o paciente, além de aumentarem consideravelmente os custos do tratamento.²

De acordo com o Relatório nacional de incidentes relacionados à assistência à saúde, notificados ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) no período de janeiro de 2014 a julho de 2017, dos 134.501 incidentes notificados, 23.722 (17,6%) corresponderam às notificações de lesões por pressão, sendo, durante este período, o terceiro tipo de evento mais frequentemente notificado pelo Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) dos serviços de saúde do país.³

Neste sentido, a lesão por pressão (LPP) é reconhecida como um evento adverso, caracterizada como uma lesão ou dano não intencional, decorrente do cuidado de saúde prestado, que pode resultar em incapacidade ou disfunção, temporária ou permanente, e/ou prolongamento do tempo de permanência ou morte.⁴

Dentre as diversas áreas da assistência em saúde, este protocolo tem como foco o atendimento em serviço hospitalar de urgência e emergência, visto que este ambiente tem características peculiares que oferecem alto risco de eventos adversos aos pacientes pela natureza da assistência prestada.

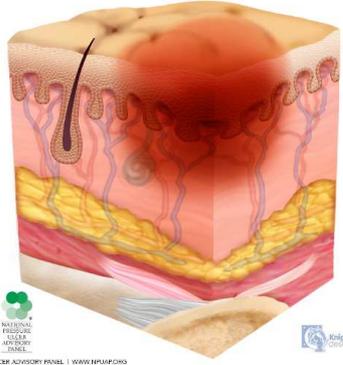
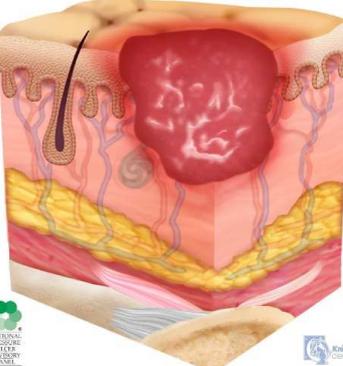
Diante dessas características do ambiente em questão, entende-se ser necessário intensificar esforços para o desenvolvimento de meios de prevenção de lesões por pressão, principalmente na realidade da prática no âmbito de internação em unidade de urgência e emergência.

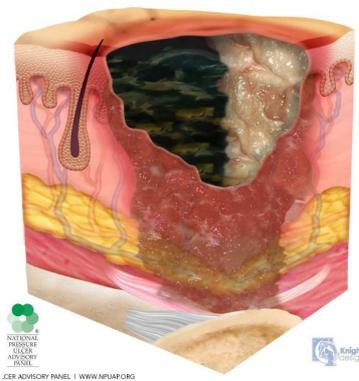
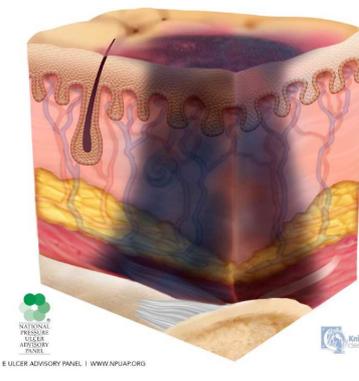
2 CONCEITO

A definição internacional do National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) para LPP 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.⁵

3 CLASSIFICAÇÃO

Segundo a classificação da Lesão por Pressão – LPP, atualizada e adaptada culturalmente para o Brasil⁵, há basicamente 6 (seis) estágios, nesta nova proposta os algarismos arábicos passam a ser empregados na nomenclatura dos estágios ao invés dos romanos⁵.

CLASSIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO RESUMIDA	IMAGEM
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.	 NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL WWW.NPUAP.ORG
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 exsudato seroso) ou rompida.	 NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL WWW.NPUAP.ORG
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.	 NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL WWW.NPUAP.ORG
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. Epíbole (lesão com bordas enroladas), descolamento e/ou túneis ocorrem frequentemente.	 NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL WWW.NPUAP.ORG

CLASSIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO RESUMIDA	IMAGEM
Lesão por Pressão Não Classificada	Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível, na qual a extensão do dano não pode ser confirmada porque está encoberta pelo esfacelo ou escara.	
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.	

Fonte: NPUAP/EPUAP (2014).

4 INTERVENÇÕES E RECOMENDAÇÕES

As intervenções devem ser adotadas por todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado de pacientes e de pessoas vulneráveis, que estejam em risco de desenvolver lesão por pressão e que se encontrem em ambiente hospitalar, em cuidados continuados, em lares, independentemente de seu diagnóstico ou das necessidades de cuidados de saúde.⁷

ETAPA 01
TÍTULO: AVALIAÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO NA ADMISSÃO DE TODOS OS PACIENTES
RECOMENDAÇÕES: <ul style="list-style-type: none"> Realizar uma avaliação estruturada do risco <u>com a maior brevidade possível</u> (realizada, no entanto, no período máximo de oito (8) horas após a admissão), para identificar os indivíduos em risco de LPP³; Efetuar uma reavaliação em caso de alterações significativas na condição de saúde do doente³.

3-Força de evidência¹ C: a recomendação é suportada por uma evidência indireta (ou seja, estudos em sujeitos humanos saudáveis, sujeitos humanos com outro tipo de feridas crônicas ou modelos animais) e/ou a opinião de peritos.

ETAPA 02
TÍTULO: REAVALIAÇÃO DIÁRIA DE RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO DE TODOS OS PACIENTES INTERNADOS
RECOMENDAÇÕES: <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do risco de lesão por pressão por meio da escala de Braden³(ANEXO A); • Documentar todas as avaliações do risco³.

3-Força de evidência C: a recomendação é suportada por uma evidência indireta (ou seja, estudos em sujeitos humanos saudáveis, sujeitos humanos com outro tipo de feridas crônicas ou modelos animais) e/ou a opinião de peritos.

ATENÇÃO: NÃO DEVERÁ SER UTILIZADA AS ETAPAS SUBSEQUENTES (ETAPAS 03, 04, 05 E 06), PARA PACIENTES AVALIADOS COM SCORE > 19 (SEM RISCO) NA ESCALA DE BRADEN.

ETAPA 03
TÍTULO: INSPEÇÃO DIÁRIA DA PELE
RECOMENDAÇÕES: <ul style="list-style-type: none"> • Examine a pele do paciente cuidadosamente para identificar alterações da integridade cutânea e lesão por pressão existente³; • Documentar os resultados de todas as avaliações completas da pele³; • Inspeccionar a pele sob e ao redor dos dispositivos médicos, pelo menos duas vezes por dia, para identificar lesão por pressão no tecido circundante³; • Sempre que possível, evitar posicionar o indivíduo numa superfície corporal que esteja ruborizada³; • Manter a pele limpa e seca³; • Não massagear nem esfregar vigorosamente a pele que esteja em risco da lesão por pressão³; • Proteger a pele da exposição à umidade excessiva através do uso de produtos de barreira, de forma a reduzir o risco de danos de pressão³; • Considerar a utilização de emolientes para hidratar a pele seca afim de reduzir o risco de dano da pele³.

3-Força de evidência C: a recomendação é suportada por uma evidência indireta (ou seja, estudos em sujeitos humanos saudáveis, sujeitos humanos com outro tipo de feridas crônicas ou modelos animais) e/ou a opinião de peritos.

¹ **Força da evidência:** Atribuição de uma força ao corpo de evidências que suporta cada recomendação. Representa a confiança na informação utilizada em apoio a uma determinada recomendação⁸.

ETAPA 04
TÍTULO: MANEJO DA UMIDADE: MANUTENÇÃO DO PACIENTE SECO E COM A PELE HIDRATADA
<p>RECOMENDAÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpe a pele sempre que estiver suja ou sempre que necessário; • Use hidratantes na pele seca e em áreas ressecadas, principalmente após o banho²; • Não massagear áreas de proeminências ósseas ou áreas hiperemiadas. A aplicação de hidratante deve ser realizada com movimentos suaves e circulares²; • Considerar a aplicação de coberturas de espuma de poliuretano nas proeminências ósseas²; • Limpar a pele imediatamente após os episódios de incontinência, evitando fricção excessiva³; • Controlar a umidade através de determinação de causa, usando absorventes ou fraldas.

2-Força de evidência B: A recomendação é suportada por evidência científica direta de estudos clínicos adequadamente desenhados e implementados sobre úlceras por pressão em sujeitos humanos; **3-Força de evidência C:** a recomendação é suportada por uma evidência indireta (ou seja, estudos em sujeitos humanos saudáveis, sujeitos humanos com outro tipo de feridas crônicas ou modelos animais) e/ou a opinião de peritos.

ETAPA 05
TÍTULO: OTIMIZAÇÃO DA NUTRIÇÃO E DA HIDRATAÇÃO
<p>RECOMENDAÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notificar todos os indivíduos identificados como estando em risco nutricional ou em risco para lesão por pressão para um nutricionista ³; • O enfermeiro deve avaliar junto ao nutricionista e a equipe médica a necessidade de oferecer, por via oral ou através de sonda, suplementos nutricionais com alto teor proteico, a indivíduos em risco de desenvolver lesão por pressão ou em déficit nutricional¹; • Monitorizar a ingestão de líquidos, com vista a hidratação de um indivíduo em risco ou com lesão por pressão. Esse procedimento deve ser compatível com as comorbidades ³.

1-Força de evidência A: A recomendação é suportada por evidência científica direta proveniente de estudos controlados adequadamente desenhados e implementados sobre úlceras por pressão em sujeitos humanos, em estudos de nível 1; **3-Força de evidência C:** a recomendação é suportada por uma evidência indireta (ou seja, estudos em sujeitos humanos saudáveis, sujeitos humanos com outro tipo de feridas crônicas ou modelos animais) e/ou a opinião de peritos.

ETAPA 06
TÍTULO: MINIMIZAR A PRESSÃO
<p>RECOMENDAÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mudança de decúbito ou reposicionamento: <ul style="list-style-type: none"> ○ Reposicionar todos os indivíduos que estejam em risco de desenvolver ou que já tenham desenvolvidos lesão por pressão, a menos que seja contraindicado¹; ○ Evitar posicionar o indivíduo sobre proeminências ósseas que apresentem

eritema não branqueável (vermelhidão persistente na pele)³;

- Evitar sujeitar a pele à pressão ou a forças de cisalhamento². Levante, não arraste o paciente enquanto o reposiciona³;
- Evitar posicionar o indivíduo em contato direto e/ou sobre dispositivos médicos, tais como: tubos, sistemas de drenagem ou outros objetos³;
- Utilizar uma inclinação de 30° para posições laterais, decúbito ventral ou para posições de pronação, se o indivíduo assim o tolerar e a condição clínica o permitir³;
- Evitar posturas que aumentem a pressão, tais como o Fowler acima dos 30°, a posição de deitado de lado a 30° ou a posição de semideitado³;
- Quando sentado, se os pés do paciente não chegarem ao chão, coloque-os sobre um apoio para os pés, o que impede que o paciente deslize para fora da cadeira³;
- Restringir o tempo que o indivíduo passa sentado numa cadeira sem alívio de pressão²;
- Garantir que os calcâneos não estão em contato direto com a superfície da cama³;
- Manter os joelhos ligeiramente fletidos (entre 5° e 10°)³;
- Utilizar quadro de avisos sobre mudança de decúbito próximos ao leito para orientar o paciente e acompanhante a movimentar-se na cama, quando necessário³;
- Orientar a mudança de decúbito a cada 02 (duas) horas, cujo objetivo é redistribuir a pressão.

- **Materiais e equipamentos para redistribuição de pressão:**

- Utilizar colchões de espuma altamente específica (colchão de espuma viscoelástica) em vez de colchões hospitalares padrão, em todos os indivíduos avaliados em risco de desenvolver lesão por pressão¹;
- Todos os indivíduos classificados como “em risco” deverão estar sob uma superfície de redistribuição de pressão³;
- Não utilizar colchões ou sobreposições de colchões de células pequenas (menor que 10 cm de diâmetro)³;
- Os calcâneos devem ser mantidos afastados da superfície da cama (livres de pressão)³;
- Utilizar uma almofada ou travesseiro ao longo da parte posterior da perna para elevar os calcâneos e mantê-los flutuantes²;
- Não devem ser utilizados para elevar os calcâneos: almofadas sintéticas, dispositivos recortados em forma de anel, sacos de fluidos intravenosos e luvas cheias de água³.

1-Força de evidência A: A recomendação é suportada por evidência científica direta proveniente de estudos controlados adequadamente desenhados e implementados sobre úlceras por pressão em sujeitos humanos, em estudos de nível 1; **2-Força de evidência B:** A recomendação é suportada por evidência científica direta de estudos clínicos adequadamente desenhados e implementados sobre úlceras por pressão em sujeitos humanos; **3-Força de evidência C:** a recomendação é suportada por uma evidência indireta (ou seja, estudos em sujeitos humanos saudáveis, sujeitos humanos com outro tipo de feridas crônicas ou modelos animais) e/ou a opinião de peritos.

² **Cisalhamento:** deformação que sofre um corpo quando sujeito à ação de forças cortantes⁷.

5 MEDIDAS PREVENTIVAS

Os fatores de risco identificados na fase de avaliação fornecem informações para o desenvolvimento do plano de cuidados. Segue as recomendações das medidas preventivas conforme a classificação do risco.^{5,6}

As recomendações para a prevenção devem ser aplicadas a todos os indivíduos vulneráveis em todos os grupos etários.⁷

<p>Risco baixo (15 a 18 pontos na escala de Braden)</p>	<ul style="list-style-type: none"> •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;
<p>Risco moderado (13 a 14 pontos na escala de Braden)</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Continuar as intervenções do risco baixo; •Mudança de decúbito com posicionamento a 30°.
<p>Risco alto (10 a 12 pontos na escala de Braden).</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Continuar as intervenções do risco moderado; •Mudança de decúbito frequente; •Utilização de coxins de espuma para facilitar a lateralização a 30°.
<p>Risco muito alto (≤ 9 pontos na escala de Braden)</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Continuar as intervenções do risco alto; •Utilização de superfícies de apoio dinâmico com pequena perda de ar, se possível; •Manejo da dor.

Fonte: BRASIL (2013).⁷

ANEXO A

ESCALA DE BRADEN/AVALIAÇÃO DA PELE⁹

PACIENTE: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

LEITO: _____ PROCEDÊNCIA: _____

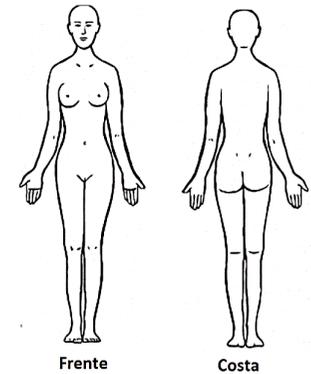
DATA DE INTERNAÇÃO: ____/____/____

LESÃO POR PRESSÃO NA ADMISSÃO: SIM () NÃO ()

LPP NA INTERNAÇÃO: SIM () NÃO ()

ESTÁGIO(S): 1 () 2 () 3 () 4 () NÃO CLASSIFICÁVEL () SUSPEITA DE LESÃO TISSULAR PROFUNDA ()

DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____ MÊS: _____



Marque o local com
um X

DATA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
A - P. SENSORIAL																																
B - UMIDADE																																
C - ATIVIDADE																																
D - MOBILIDADE																																
E - NUTRIÇÃO																																
F - FRICÇÃO/CISAL																																
TOTAL																																
ASSINATURA																																

Atribuir pontuação na tabela acima

A - PERCEPÇÃO SENSORIAL	B - UMIDADE	C - ATIVIDADE	D - MOBILIDADE	E - NUTRIÇÃO	F - FRICÇÃO/CISALHAMENTO
1. Totalmente limitado	1. Completamente molhada	1. Acamada	1. Totalmente imóvel	1. Muito pobre	1. Problema
2. Muito limitado	2. Muito molhada	2. Confinada à cadeira	2. Bastante limitada	2. Provavelmente Inadequada	2. Problema em potencial
3. Levemente limitado	3. Ocasionalmente molhada	3. Anda ocasionalmente	3. Levemente limitada	3. Adequada	3. Nenhum problema
4. Nenhuma limitação	4. Raramente molhada	4. Anda frequentemente	4. Sem limitações	4. Excelente	-

ESCORES: SEM RISCO: >= 19 ; RISCO LEVE: 15 A 18 ; RISCO MODERADO : 13 A 14 ; RISCO ELEVADO: 10 A 12 ; RISCO MUITO ELEVADO: <= 09.

Nota: Adaptado do protocolo de prevenção da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH (2016).

REFERÊNCIAS

- ¹ NEVES, Rebecca Costa; SANTOS, Mariana Pinheiro; DOS SANTOS, Carina Oliveira. Escalas utilizadas para prevenir úlceras por pressão em pacientes críticos. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 2, n. 1, 2013.
- ² DOMANSKY RC, BORGES EL. **Manual para prevenções de lesão de pele**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2014.
- ³ ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Relatório nacional de incidentes relacionados à assistência à saúde. **Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**. 2014. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/relatorios-dos-estados>. Acesso em 01 abr. 2018.
- ⁴ MENDES, W; PAVÃO, A. L. B.; MARTINS, M.; MOURA, A. L. O.; TRAVASSOS, C. Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 59, n. 5, p. 421-428, set./out. 2013.
- ⁵ SOBEST. Classificação das Lesões por Pressão - Consenso NPUAP 2016 – Adaptada Culturalmente para o Brasil. Disponível em: <http://www.sobest.org.br/textod/35>. Acesso em 08 out. 2018.
- ⁶ GINGRICH, Meghan; OFFENBACK, Rebecca; POHLMAN, Taylor. **Preventing Pressure Ulcers and Skin Tears: An Evidence-Based Practice Project**. 2018.
- ⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo para prevenção de úlcera por pressão**. 2013.
- ⁸ NPUAP. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. **Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide**. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Perth, Australia; 2014.
- ⁹ SOARES, Camilo Reuber de Sousa. **Protocolo de prevenção de lesão por pressão**. 2016. PRO.NUSEP.