

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PROFILAXIA DE LESÃO POR PRESSÃO

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM: Bárbara Kelly Rodrigues B. Do Egito COREN/DF 418690	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM/UTI: JESANA ADORNO AMARO COREN/DF 89187	IMPLEMENTAÇÃO: ABRIL/2016	Nº REVISÃO: 002	POP 06
---	---	----------------------------------	------------------------	-------------------------

1. DEFINIÇÃO

Lesão por pressão (LPP) são danos localizados na pele e/ou no tecido subjacente em consequência da pressão, ou da pressão em combinação com o cisalhamento e/ou a fricção, que normalmente ocorre em locais de proeminências ósseas em indivíduos com mobilidade comprometida. Considerando-se que o custo do tratamento das LPP é alto e que a sua incidência é atualmente considerada um dos indicadores de qualidade da assistência institucional e particularmente da enfermagem, faz-se necessárias medidas preventivas que reduzem o risco de desenvolver úlcera por pressão em 25 a 50%. Os objetivos primários consistem na identificação dos doentes de risco, adotando medidas profiláticas; manutenção e otimização da tolerância tecidual a pressão; proteção dos efeitos nocivos da pressão; fricção e cisalhamento; programas educacionais de formação para redução da incidência das lesões por pressão. A lesão por pressão é um problema significativo no paciente crítico, diminuindo a qualidade de vida, causando dor e está associada ao aumento da morbimortalidade, além de maior tempo de hospitalização. Sua identificação é usualmente fácil, tanto pela aparência quanto pela localização das lesões em regiões de proeminências ósseas. É importante diferenciar de outras condições que podem estar presentes nos pacientes críticos, como: celulite, úlcera por neuropatia diabética, úlcera por insuficiência venosa e úlcera arterial resultante de doença oclusiva.

2. OBJETIVO

- Identificar e classificar os clientes com risco para LPP;
- Implementar ações preventivas nos clientes com risco para LPP;
- Identificar precocemente as LPP em estágios iniciais;
- Avaliar, tratar e evoluir as LPP instaladas;
- Otimizar a indicação e uso racional dos insumos.

3. PÚBLICO ALVO

- Prevenção - Pacientes adultos hospitalizados na Unidade de Terapia Intensiva, identificados com riscos para LPP (escores nas escalas Braden \leq 18 pontos).
- Tratamento - Pacientes adultos com LPP instalada.

4. APLICAÇÃO

Unidade de Terapia Intensiva.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PROFILAXIA DE LESÃO POR PRESSÃO

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM: Bárbara Kelly Rodrigues B. Do Egito COREN/DF 418690	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM/UTI: JESANA ADORNO AMARO COREN/DF 89187	IMPLEMENTAÇÃO: ABRIL/2016	Nº REVISÃO: 002	POP 06
---	---	----------------------------------	------------------------	-------------------

5. GRUPOS DE RISCO

- Pacientes com mobilidade física prejudicada;
- Pacientes com a percepção sensorial comprometida.
- Pacientes submetidos à procedimentos cirúrgicos (tempo de cirurgia; posições cirúrgicas e tipo de anestesia).
- Pacientes com dispositivos médicos e outros artefatos (colar cervical; órteses; contensores mecânicos; cateteres; drenos; sonda nasal e outros).

6. FATORES DE RISCO

- Extrínsecos: umidade; calor; pressão, força de cisalhamento e fricção;
- Intrínsecos: anemia, deficiência nutricional proteica; extremos de idade, hipotensão arterial sistêmica, incontinência urinária/fecal, edema, hipertermia, tabagismo, desidratação; infecções sistêmicas ou locais; comorbidades crônicas (diabetes mellitus; imunossupressão; doenças renal, cardiovascular, neuromuscular, gastrointestinal e outras); uso de alguns tipos de medicamentos (corticoides; sedativos; anestésicos, vasoativas).

7. RESPONSÁVEIS

• ENFERMEIRO

1. Identificar e classificar o cliente com risco para LPP utilizando a escala de Braden e registrar no prontuário;
2. Realizar a prescrição de ações preventivas para LPP nos clientes de acordo com os riscos identificados;
3. Registrar o risco de LPP que o cliente está exposto na placa de identificação a beira leito;
4. Prescrever a terapia tópica e o período de troca do curativo;
5. Realizar os curativos de todas as LPP;
6. Realizar o desbridamento da LPP com instrumental conservador, se indicado;
7. Avaliar e evoluir a lesão a cada troca de curativo no formulário "Avaliação de Lesão de Pele";
8. Notificar os casos de LPP estágios 3,4 e não estádiável ao NQSP;
9. Notificar o surgimento de nova lesão e/ou progressão da LPP em formulário impresso e/ou virtual ao NQSP;
10. Capacitar/supervisionar/orientar/monitorar a equipe de enfermagem quanto à adesão as medidas de prevenção e tratamento da LPP.
11. Identificar se o paciente possui alguma contraindicação ou restrição de mudança de decúbito e fazer registro visível com o(s) decúbito(s) evitáveis.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PROFILAXIA DE LESÃO POR PRESSÃO

GERENCIA DE ENFERMAGEM: Bárbara Kelly Rodrigues B. Do Egito COREN/DF 418690	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM/UTI: JESANA ADORNO AMARO COREN/DF 89187	IMPLEMENTAÇÃO: ABRIL/2016	Nº REVISÃO: 002	POP 06
--	--	----------------------------------	------------------------	-------------------

12. Evoluir diariamente a lesão, ressaltando sempre os tópicos: tipo e grau da lesão, localização da lesão, caracterização do leito da ferida: aspecto do tecido (tecido de granulação, fibrina, necrose etc), presença do Exsudato: registrar aspecto, quantidade e odor, características das bordas (hiperemiadas, maceradas, regulares, irregulares, aderidas, não aderidas, edemaciadas etc.), tamanho da lesão: extensão (altura e largura) e profundidade; tipo de curativo (aberto, fechado, compressivo); produto utilizado; queixas do paciente (dor, dificuldade de movimentação).

• TÉCNICO DE ENFERMAGEM

1. Implementar e checar o plano de intervenções de prevenção e tratamento prescrito pelo enfermeiro;
2. Realizar a mudança de decúbito (Lateral direito, dorsal, lateral esquerdo) de 2/2 horas mantendo posição de acordo com o relógio de mudança de decúbito sinalizado em cada leito, exceto em casos com restrições de mudança;
3. Manter o paciente em adequadas condições de higiene;
4. Registrar o procedimento em folha de sinais vitais, evoluir no prontuário eletrônico e checar na prescrição de enfermagem;
5. Comunicar qualquer alteração e não conformidades observadas ao enfermeiro.

• MÉDICO

1. Solicitar exames laboratoriais para a avaliação bioquímica;
2. Monitorar e intervir nos fatores intrínsecos e sistêmicos do cliente que o predispõe ao risco de LPP;
3. 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;
4. Realizar desbridamento cirúrgico em LPP estágios 3 e 4 com complicações e sem evolução ou solicitar parecer à cirurgia geral para o fazer;
5. Intervir nos casos diagnosticados ou suspeitos de LPP estágio 4, para investigação de osteomielite ou solicitar parecer à ortopedia e infectologia;
6. Intervir cirurgicamente na LPP não infectada que esteja com borda descolada, enrolada, fibrótica e hipergranulada; com loja e/ou com perda substancial de tecido ou solicitar parecer à cirurgia geral;
7. Solicitar a cultura microbiológica da lesão, quando observado sinais sugestivos de infecção;
8. Prescrever terapia antimicrobiana sistêmica, quando necessário.

• NUTRIÇÃO

Elaborado por: Enfermeira JESANA ADORNO AMARO
Enfermeiro MARIO HENRIQUE B. DE OLIVEIRA
Revisão: Enfermeira JESANA ADORNO AMARO
Enfermeira ALINE CARVALHO BOAVENTURA

COREN/DF 89187
COREN/DF 262987
COREN/DF 89187
COREN/DF 179716

JANEIRO/2016
ABRIL/2024

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PROFILAXIA DE LESÃO POR PRESSÃO

GERENCIA DE ENFERMAGEM: Bárbara Kelly Rodrigues B. Do Egito COREN/DF 418690	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM/UTI: JESANA ADORNO AMARO COREN/DF 89187	IMPLEMENTAÇÃO: ABRIL/2016	Nº REVISÃO: 002	POP 06
--	--	----------------------------------	------------------------	-------------------

1. Realizar a consulta nutricional (avaliação clínica, bioquímica e antropométrica), para identificar os clientes com fatores de risco nutricional;
2. Adequar a prescrição dietética incluindo a suplementação, de acordo com as necessidades do cliente;
3. Acompanhar os exames laboratoriais para a avaliação bioquímica e nutricional (proteínas totais e frações, glicemia, vitamínicas e hemograma);
4. Realizar a evolução clínica e nutricional dos clientes com risco ou LPP instalada e adequar a prescrição dietética, se necessário;
5. Acompanhar os clientes com risco para LPP e adequar a prescrição dietética por via oral ou sonda enteral.

• FISIOTERAPEUTA E TERAPEUTA OCUPACIONAL

1. Promover e participar do plano de trabalho para prevenção de LPP referente as ações de mobilização, de redução da sobrecarga tissular e de utilização de superfícies especiais de suporte.

• FONOAUDIOLOGIA

1. Realizar avaliação fonoaudiológica dos clientes com risco para disfagia (avaliação estrutural e funcional da deglutição), mediante interconsulta, e acompanhá-los, quando necessário;
2. Indicar a adequação da consistência da dieta oferecida via oral ou de vias alternativas de alimentação, quando for o caso;
3. Realizar a terapia de deglutição por meio de exercícios ativos-assistidos, estimulação de sensibilidade e treino funcional de deglutição.

• PSICÓLOGO

1. Realizar acolhimento e atendimento psicológico ao cliente, familiares e ou acompanhantes, conforme demanda apresentada.

8. FREQUÊNCIA

- Contínua:
 - Técnico de enfermagem: realizar mudança de decúbito de 2/2h e manter o paciente em adequadas condições de higiene;
 - Enfermeiro: verificar posicionamento e registro de mudança de decúbito, observar e atentar para cuidados de incontinência urinária e fecal;
 - Nutricionista: adequação de aporte nutricional;
 - Fisioterapeuta: mobilização motora precoce e/ou conforme condições clínicas do paciente;

Elaborado por: Enfermeira JESANA ADORNO AMARO
Enfermeiro MARIO HENRIQUE B. DE OLIVEIRA
Revisão: Enfermeira JESANA ADORNO AMARO
Enfermeira ALINE CARVALHO BOAVENTURA

COREN/DF 89187
COREN/DF 262987
COREN/DF 89187
COREN/DF 179716

JANEIRO/2016
ABRIL/2024

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PROFILAXIA DE LESÃO POR PRESSÃO

GERENCIA DE ENFERMAGEM: Bárbara Kelly Rodrigues B. Do Egito COREN/DF 418690	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM/UTI: JESANA ADORNO AMARO COREN/DF 89187	IMPLEMENTAÇÃO: ABRIL/2016	Nº REVISÃO: 002	POP 06
---	---	----------------------------------	------------------------	-------------------

- Médico: prescrição conforme avaliação clínica.

9. DIRETRIZES ASSISTENCIAIS DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

- **Medidas de Prevenção e de Identificação Precoce da Lesão por Pressão**

A - Cuidados com a pele;

B - Redução da sobrecarga tissular e utilização de superfícies especiais de suporte;

C- Cuidados com a hidratação e a nutrição;

D - Educação em saúde.

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

9. PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS LESÕES POR PRESSÃO

A avaliação do risco para UPP destaca-se como medida inicial no processo de prevenção. O paciente deve ser avaliado na admissão e em intervalos regulares, através de avaliação sistemática utilizando-se a Escala de Braden e de acordo com a pontuação obtida, ela irá nos predizer o risco do paciente para desenvolver a UPP e nortear a seleção das medidas preventivas.

Escala de Braden

A Escala de Braden é composta por seis subescalas que avaliam os principais fatores de risco que são: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento.

Percepção sensorial:	1. Totalmente limitado:	2. Muito limitado:	3. Levemente limitado:	4. Nenhuma limitação:
Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto	Não reage (não geme, não se segura a nada, não se esquia) a estímulo doloroso, devido ao nível de consciência diminuído ou devido a sedação ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo	Somente reage a estímulo doloroso. Não é capaz de comunicar desconforto exceto através de gemido ou agitação. Ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do	Responde a comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto ou expressar necessidade de ser mudado de posição ou tem certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de	Responde a comandos verbais: não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto

Elaborado por: Enfermeira JESANA ADORNO AMARO
Enfermeiro MARIO HENRIQUE B. DE OLIVEIRA
Revisão: Enfermeira JESANA ADORNO AMARO
Enfermeira ALINE CARVALHO BOAVENTURA

COREN/DF 89187
COREN/DF 262987
COREN/DF 89187
COREN/DF 179716

JANEIRO/2016
ABRIL/2024

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PROFILAXIA DE LESÃO POR PRESSÃO

GERENCIA DE ENFERMAGEM: Bárbara Kelly Rodrigues B. Do Egito COREN/DF 418690	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM/UTI: JESANA ADORNO AMARO COREN/DF 89187	IMPLEMENTAÇÃO: ABRIL/2016	Nº REVISÃO: 002	POP 06
---	---	----------------------------------	------------------------	-------------------------

		corpo.	sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	
Umidade: Nível ao qual a pele é exposta a umidade	1. Completamente molhada: A pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, etc. Umidade é detectada às movimentações do paciente.	2. Muito molhada: A pele está frequentemente, mas nem sempre molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno.	3. Ocasionalmente molhada: A pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia	4. Raramente molhada: A pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina.
Atividade: Grau de atividade física	1. Acamado: Confinado a cama.	2. Confinado à cadeira: Capacidade de andar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado a se sentar.	3. Anda ocasionalmente: Anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou na cadeira.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos 2 vezes por dia e dentro do quarto pelo uma vez a cada 2 horas durante as horas em que está acordado.
Mobilidade: Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo	1. Totalmente imóvel: Não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Bastante limitado: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significantes sozinho.	3. Levemente limitado: Faz frequentes, embora pequenas, mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.	4. Não apresenta limitações: Faz importantes e frequentes mudanças sem auxílio.
Nutrição: Padrão usual de consumo alimentar	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou	2. Provavelmente inadequado: Raramente come uma refeição completa. Geralmente come cerca de metade	3. Adequado: Come mais da metade da maioria das refeições. Come um total de 4 porções de alimento rico em	4. Excelente: Come a maior parte de cada refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de

Elaborado por: Enfermeira JESANA ADORNO AMARO
Enfermeiro MARIO HENRIQUE B. DE OLIVEIRA
Revisão: Enfermeira JESANA ADORNO AMARO
Enfermeira ALINE CARVALHO BOAVENTURA

COREN/DF 89187
COREN/DF 262987
COREN/DF 89187
COREN/DF 179716

JANEIRO/2016
ABRIL/2024

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PROFILAXIA DE LESÃO POR PRESSÃO

GERENCIA DE ENFERMAGEM: Bárbara Kelly Rodrigues B. Do Egito COREN/DF 418690	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM/UTI: JESANA ADORNO AMARO COREN/DF 89187	IMPLEMENTAÇÃO: ABRIL/2016	Nº REVISÃO: 002	POP 06
---	---	----------------------------------	------------------------	-------------------------

	menos de proteína (carnes ou laticínios) por dia. Ingere pouco líquido. Não aceita suplemento alimentar líquido. Ou é mantido em jejum e/ou mantido com dieta líquida ou IVS por mais de cinco dias.	do alimento. Ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou laticínios por dia. Ocasionalmente aceitará um suplemento alimentar ou recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda.	proteínas (carne e laticínios) todo dia. Ocasionalmente recusará uma refeição, mas geralmente aceitará um complemento oferecido. Ou é alimentado por sonda ou regime de nutrição parenteral total, o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais.	carne e laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar.
	1. Problema: Requer assistência moderada a máxima para se mover. É impossível levantá-lo ou erguê-lo completamente sem que haja atrito da pele com o lençol. Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando frequentes ajustes de posição com o máximo de assistência. Espasticidade, contratura ou agitação leva a quase constante fricção.	2. Problema em potencial: Move-se, mas sem vigor ou requer mínima assistência. Durante o movimento provavelmente ocorre certo atrito da pele com o lençol, cadeira ou outros. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente escorrega.	3. Nenhum problema: Move-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-se completamente durante o movimento. Sempre mantém boa posição na cama ou na cadeira.	Pontuação Não risco > 16/18 Risco < ou = 16/18 Risco alto < ou = 11 Risco Moderado 12 -14 Risco baixo 15 - 16 (< 75 anos) 16 - 18 (> 75 anos)

Elaborado por: Enfermeira JESANA ADORNO AMARO
Enfermeiro MARIO HENRIQUE B. DE OLIVEIRA
Revisão: Enfermeira JESANA ADORNO AMARO
Enfermeira ALINE CARVALHO BOAVENTURA

COREN/DF 89187
COREN/DF 262987
COREN/DF 89187
COREN/DF 179716

JANEIRO/2016
ABRIL/2024

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PROFILAXIA DE LESÃO POR PRESSÃO

<p>GERÊNCIA DE ENFERMAGEM: Bárbara Kelly Rodrigues B. Do Egito</p> <p>COREN/DF 418690</p>	<p>SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM/UTI: JESANA ADORNO AMARO COREN/DF 89187</p>	<p>IMPLEMENTAÇÃO: ABRIL/2016</p>	<p>Nº REVISÃO: 002</p>	<p>POP 06</p>
---	---	--------------------------------------	----------------------------	--------------------------

- **RISCO LEVE** (15 a 18 pontos na escala Braden):

► **EQUIPE DE ENFERMAGEM:**

1. Higiene de mãos antes e após o contato com o paciente;
2. Manter os lençóis da cama limpos, secos e esticados, sem dobras ou costuras em contato com pele, após os atendimentos assistenciais;
3. Não expor o cliente ao frio;
4. Não posicionar o paciente diretamente sobre sondas, drenos, dobras da roupa de cama, e sobre proeminências ósseas com hiperemia não reativa (indica que a região ainda não se recuperou da carga anterior).
5. Manter a cabeceira elevada até no máximo 30° (com ou sem travesseiro) em posição semi-Fowler, se não contraindicado, limitando o tempo de elevação da cabeceira, pois o paciente tende a escorregar, sofrendo ação da fricção e cisalhamento, além de haver risco de centralização e aumento da pressão nas proeminências ósseas como o sacro, cóccix, região trocântérica.
6. Utilizar recursos como lençol móvel ou dispositivo de transferência (passante) para promover a mobilidade no leito ou transferência, de forma a minimizar possíveis lesões na pele devido à fricção;
7. Utilize o mínimo de fitas adesivas; em uma pele muito sensível utilize barreira protetora à base de pectina ou hidrocolóide entre a pele e adesivos;
8. Proteger a pele sob dispositivos médicos, que causam pressão e fricção (colar cervical; sonda nasal; cânula; órteses; tubo traqueal e outros), com gazes, compressas ou dispositivos específicos;
9. Inspeccionar a pele sobre as áreas suscetíveis ao desenvolvimento de LPP dos clientes pertencentes ao grupo de risco a cada 12 horas. Registrar os achados;
10. Inspeccionar a pele sob dispositivos médicos a cada 12 horas.
 - Monitorar o posicionamento e presença de trações do (cateter/drenos/fixadores).
 - Observar a integridade da pele/mucosa e relatar não conformidades ao enfermeiro.
 - Alternar os locais de fixação do dispositivo.
 - Remover fitas adesivas com cuidado.
11. Aplicar solução à base de ácidos graxos essenciais sobre as áreas suscetíveis ao desenvolvimento de LPP, uma vez por plantão (M/T/N);
12. Manter o cliente limpo e seco;
13. Higienizar a pele com sabonete neutro e água morna, diariamente (banho);
14. Não massagear a pele sobre proeminências ósseas no banho e na aplicação de soluções/cremes;

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PROFILAXIA DE LESÃO POR PRESSÃO

GERENCIA DE ENFERMAGEM: Bárbara Kelly Rodrigues B. Do Egito COREN/DF 418690	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM/UTI: JESANA ADORNO AMARO COREN/DF 89187	IMPLEMENTAÇÃO: ABRIL/2016	Nº REVISÃO: 002	POP 06
--	--	----------------------------------	------------------------	-------------------

15. Realizar higiene íntima com água e sabonete líquido e aplicar protetores cutâneos tópicos, sem excesso, nas regiões genital, inguinal e perianal, imediatamente, após as eliminações;
16. Oferecer/Auxiliar na oferta da dieta prescrita, quando necessário;
17. Quantificar/qualificar a aceitação da refeição e de líquidos e registrar no prontuário;
18. Investigar presença de dor local. Se dor presente, investigar as causas e os fatores que aliviam ou pioram.
19. Colaborar com o plano terapêutico do Fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo.

► FISIOTERAPIA/TERAPIA OCUPACIONAL:

1. Higiene de mãos antes e após o contato com o paciente;
2. Auxiliar a mudança de decúbito;
3. Estimular movimentação no leito. A determinação do decúbito e do tempo deverá atender as necessidades e limitações do cliente;
4. Promover mudanças posturais, após prévia avaliação, de acordo com as necessidades e limitações do cliente: sentar à beira leito; sentar na poltrona; posicionar de pé a beira leito; deambular se possível;
5. Não realizar as mudanças posturais, quando houver instabilidade hemodinâmica, fraturas não corrigidas, presença de dor e risco de queda;
6. Retornar a posição inicial, caso o cliente apresente algum desconforto (dor, cansaço, lipotímia, câimbras e outros).

RISCO MODERADO (13 a 14 pontos na escala Braden) e **RISCO ALTO/MUITO ALTO** (< ou = a 12 pontos na escala Braden):

► EQUIPE DE ENFERMAGEM:

1. Continuar as intervenções do risco baixo;
2. Higiene de mãos antes e após o contato com o paciente;
3. Utilização de superfícies de apoio dinâmico com pequena perda de ar, se possível;
4. Realizar mudança de decúbitos (lateral direito, dorsal e lateral esquerdo), no máximo, a cada 2 horas. A determinação do decúbito e do tempo deverá atender as necessidades e limitações e condições do cliente (fratura instável, piora do padrão hemodinâmico, presença de LPP, desconforto respiratório, pós-operatório, fixadores externos e outros);
5. Na posição lateralizada: devem ser colocados dispositivos entre os joelhos, embaixo da cabeça, e abaixo do braço para manter alinhamento do corpo (ver figura 1);

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PROFILAXIA DE LESÃO POR PRESSÃO

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM: Bárbara Kelly Rodrigues B. Do Egito COREN/DF 418690	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM/UTI: JESANA ADORNO AMARO COREN/DF 89187	IMPLEMENTAÇÃO: ABRIL/2016	Nº REVISÃO: 002	POP 06
---	---	---	-------------------------------	-------------------



Figura 1: HC UNICAMP, 2016

6. Na posição dorsal manter os calcâneos elevados e sem contato com o colchão utilizando travesseiro embaixo da panturrilha, com cuidado para não hiperestender o joelho e dificultar o retorno venoso (ver figura 2);



Fonte: HC UNICAMP, 2016

Figura 2

7. Colocar bota de proteção para calcâneos e maléolos;
 - Com cobertura protetora (placas de hidrocolóide finas e filme transparente de poliuretano não esterilizado indicados para reduzir atrito sobre a pele ou espuma de poliuretano específica de acordo com a região para reduzir a pressão).
 - Remover a placa de hidrocolóide a cada 7 dias, ou antes, quando bordas soltas e mudança de coloração.
 - Remover o filme transparente de poliuretano não esterilizado, se solto e úmido.
8. Observar pontos de pressão indicados na figura 3 de acordo com casa mudança de decúbito.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PROFILAXIA DE LESÃO POR PRESSÃO

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM: Bárbara Kelly Rodrigues B. Do Egito COREN/DF 418690	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM/UTI: JESANA ADORNO AMARO COREN/DF 89187	IMPLEMENTAÇÃO: ABRIL/2016	Nº REVISÃO: 002	POP 06
--	---	--	----------------------------------	-------------------------

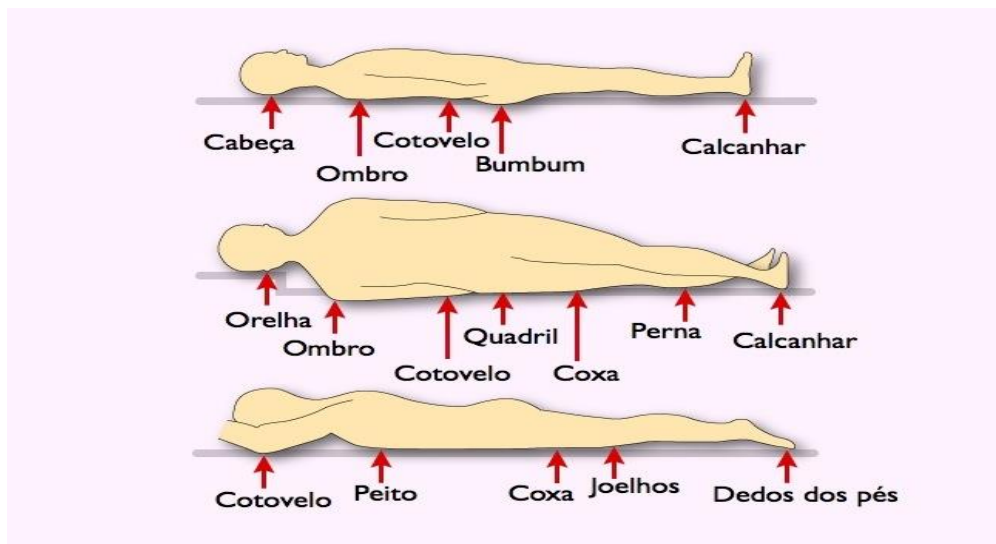


Figura 3- Fonte: <https://www.mobraz.com.br/blog/como-prevenir-escaras-ou-ulceras-por-pressao>.

- Posicionar coberturas protetoras (placas de hidrocolóide ou filme transparente de poliuretano) na pele sobre proeminências ósseas que estão sujeitas às forças de fricção e cisalhamento e mantê-las por até 7 dias. Retirar a cobertura protetora, antes do prazo estabelecido, se bordas soltas e mudança de coloração
- Avaliar a necessidade de administrar analgesia, após a execução do banho no leito, curativos, mudança de decúbito e outros. Identificar intensidade de dor, conforme prescrição e registrar.

11. MATERIAS NECESSÁRIOS

- Sinalizadores visíveis de mudança de decúbito;
- Balanço hídrico;
- Cobertores, coxins, colchões caixa de ovo;

12. ITENS DE CONTROLE

- Relógio de mudança de decúbito;
- Registro no balanço hídrico e no prontuário eletrônico.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PROFILAXIA DE LESÃO POR PRESSÃO

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM: Bárbara Kelly Rodrigues B. Do Egito COREN/DF 418690	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM/UTI: JESANA ADORNO AMARO COREN/DF 89187	IMPLEMENTAÇÃO: ABRIL/2016	Nº REVISÃO: 002	POP 06
--	--	----------------------------------	------------------------	-------------------

13. AÇÕES CORRETIVAS

- Caso ocorra o surgimento da lesão por pressão, comunicar a equipe multidisciplinar e seguir protocolo de curativos conforme classificação da lesão (a avaliação da lesão por pressão deve incluir a localização anatômica, estágio, dimensão, aspecto do leito - tecido de granulação e necrótico -, sinais inflamatórios, exsudato e suas características e aparência da pele circundante). Se o leito da lesão não for visualizável pela presença de tecido necrótico, não podemos classificá-la até que seja efetuado o desbridamento.
- A lesão por pressão está associada com complicações orgânicas e psicossociais. As infecções podem levar a bacteremia, sepse e morte.

14. REFERÊNCIAS

BRASIL. Anvisa. Práticas seguras para Prevenção de Lesão por Pressão em Serviços de Saúde. Nota Técnica GVIMS/GGTES nº 03/2017. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, 2017

GUIMARÃES, H.P; et al. Manual de Bolso de UTI. 4 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2013.

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ministério da Educação .POP: Prevenção de Lesão por Pressão – Núcleo de Segurança do Paciente – Campina Grande: EBSEH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2020. 16p.

Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp. Manual de Processos de Trabalho do Núcleo de Estomaterapia: Estomias, Feridas e Incontinência. 3ª edição. Campinas 2016. Disponível em: < <https://intranet.hc.unicamp.br/manuais/estomaterapia.pdf> > Acesso 13/08/2021.

Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) – Ministério da Educação PROTOCOLO ASSISTENCIAL MULTIPROFISSIONAL: Prevenção e tratamento de lesão por pressão. Serviço de Educação em Enfermagem. Uberaba-MG: HC-UFTM/Ebserh, 2018. 26p. Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/documents/147715/0/Protocolo+Preven%C2%BA%C3%BAo+e+tratamento+de+LPP+7.pdf/33eeb7da-aa00-464c-add3-2ff627d6d6f6>>.

PEREIRA, A.G.S. et al. Mapeamento de cuidados de enfermagem com a NIC para pacientes em risco de úlcera. Rev. esc. enferm. USP, vol.48, Nº.3 São Paulo jun. 2014

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PROFILAXIA DE LESÃO POR PRESSÃO

<p>GERENCIA DE ENFERMAGEM: Bárbara Kelly Rodrigues B. Do Egito</p> <p>COREN/DF 418690</p>	<p>SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM/UTI: JESANA ADORNO AMARO COREN/DF 89187</p>	<p>IMPLEMENTAÇÃO: ABRIL/2016</p>	<p>Nº REVISÃO: 002</p>	<p>POP 06</p>
---	---	--------------------------------------	----------------------------	--------------------------

PEREZ, P.R.G. et al. Feridas em UTI. In Padilha.G.K. et al. Enfermagem em UTI cuidando de paciente crítico. Barueri. São Paulo: Editora Manole, 2010, 1ª Ed. cap.38, pag. 875-916.



Elaborado por: Enfermeira JESANA ADORNO AMARO
Enfermeiro MARIO HENRIQUE B. DE OLIVEIRA
Revisão: Enfermeira JESANA ADORNO AMARO
Enfermeira ALINE CARVALHO BOAVENTURA

COREN/DF 89187
COREN/DF 262987
COREN/DF 89187
COREN/DF 179716

JANEIRO/2016
ABRIL/2024