

	<p style="text-align: center;">HOSPITAL DAS CLÍNICAS FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE - CSP Av. Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro s/n - Unesp - Campus de Botucatu Botucatu – São Paulo – Brasil. Tel. (14) 3811-6215 / 3811-6218 E-mail :sentinel.hcfmb@unesp.br</p>	PRA NSP 002 - Pág.: 1/20	
		Emissão: 27/06/2017	
	<p style="text-align: center;">PROTOCOLO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE</p>	Revisão nº: 02	11/06/2024
PRA NSP 002 – PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO			

1. INTRODUÇÃO

Esse Protocolo é baseado nas orientações do Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão proposto pelo Ministério da Saúde, Anvisa e Fiocruz em 09/07/2013.

Lesão por Pressão é uma das consequências mais comuns, resultante de longa permanência em hospitais, é o aparecimento de alterações de pele. A incidência aumenta proporcionalmente à combinação de fatores de riscos, dentre eles, idade avançada e restrição ao leito.

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, dificultando o processo de recuperação funcional e frequentemente causando dor; quanto para o próprio sistema de saúde, com o prolongamento de internações, riscos de infecção, outros agravos evitáveis e mortalidade.

1.1. Definição

1.1.1. Lesão por Pressão

Caracteriza-se por dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivos médicos ou outro artefato. Pode apresentar pele íntegra ou úlcera aberta e pode ser dolorosa. Resultante da pressão intensa ou prolongada combinada com cisalhamento, pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e sua condição.

1.1.2. Cisalhamento

O cisalhamento é resultado da interação da gravidade e da fricção. A gravidade leva o corpo para baixo, e a fricção ocorre pela atrito e fatores de umidade da pele como incontinência urinária e anal, drenagem de feridas e transpiração prolongadas podem causar a maceração e lesão da epiderme.

Aprovação da Chefia de Gabinete: João Henrique Castro

Assessoria Núcleo de Gestão da Qualidade

	<p style="text-align: center;">HOSPITAL DAS CLÍNICAS FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE - CSP Av. Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro s/n - Unesp - Campus de Botucatu Botucatu – São Paulo – Brasil. Tel. (14) 3811-6215 / 3811-6218 E-mail :sentinel.hcfmb@unesp.br</p>	PRA NSP 002 - Pág.: 2/20	
		Emissão: 27/06/2017	
	<p style="text-align: center;">PROTOCOLO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE</p>	Revisão nº: 02	11/06/2024
PRA NSP 002 – PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO			

1.2. Fatores de Risco

Os fatores de risco podem ser:

- Intrínsecos: a idade avançada, redução da mobilidade ou imobilidade, déficit sensorial, alteração no nível de consciência, doenças agudas ou crônicas, história prévia de LP.
- Extrínsecos como pressão, cisalhamento, fricção e umidade.

O estado nutricional, desidratação, a perfusão tecidual, o uso de determinados medicamentos são também fatores importantes na gênese das LP. A idade avançada traz alterações na elasticidade e textura da pele, dos tecidos subcutâneo e muscular e o aumento do tempo do processo de cicatrização, contribuindo desta maneira, para aumentar o risco de desenvolvimento das LP.

A movimentação do indivíduo possibilita a remoção da pressão de proeminências ósseas e ativação da circulação, sendo assim o indivíduo com a mobilidade prejudicada é incapaz de realizar mudanças no posicionamento corporal e promover o alívio da pressão. A mobilidade prejudica ou imobilidade são os principais fatores de risco para desenvolvimento de LP.

A desnutrição interfere no processo de cicatrização, diminuindo a tolerância do tecido à pressão e permitindo sua cronificação. A elasticidade dos tecidos e consequente deformidade podem ser relacionados à desidratação.

Alguns medicamentos induzem ao sono, afetando a mobilidade; os citotóxicos e imunossupressores diminuem a resistência e a tolerância do tecido à pressão. Doença vasculares prejudicam a microcirculação pela redução de fluxo sanguíneo, tornando a pele vulnerável à pressão e as doenças crônicas podem levar a insuficiência de vários órgãos e imobilidade.

O principal fator extrínseco é a pressão, podendo sofrer efeitos de variáveis como intensidade, duração e tolerância tecidual. A pele tolera mais do que o músculo a pressão e a isquemia.

2. OBJETIVO

Minimizar a ocorrência de lesões por pressão nos setores de internação no complexo do HCFMB, por meio da aplicação da escala de risco e medidas de prevenção para os pacientes de risco.

Aprovação da Chefia de Gabinete: João Henrique Castro

Assessoria Núcleo de Gestão da Qualidade

	<p style="text-align: center;">HOSPITAL DAS CLÍNICAS FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE - CSP Av. Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro s/n - Unesp - Campus de Botucatu Botucatu – São Paulo – Brasil. Tel. (14) 3811-6215 / 3811-6218 E-mail :sentinel.hcfmb@unesp.br</p>	PRA NSP 002 - Pág.: 3/20	
		Emissão: 27/06/2017	
	<p style="text-align: center;">PROTOCOLO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE</p>	Revisão nº: 02	11/06/2024
PRA NSP 002 – PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO			

3. PÚBLICO ALVO

Equipes assistenciais do complexo HCFMB.

4. CONDUTAS

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 para todos os pacientes identificados como de risco. As seis etapas essenciais de uma estratégia de prevenção de LPP são:

4.1. Etapa 1 – Avaliação de lesão por pressão na admissão de todos os pacientes

A avaliação deve ser realizada em até 6 horas após a admissão dos pacientes, avaliando o risco de desenvolvimento de LPP e a inspecionando a pele, para detectar a existência de LPP ou lesões de pele já instaladas.

A avaliação deve ser feita por profissional capacitado e treinado para reconhecer os fatores de risco e que saiba aplicar medidas preventivas adequadas.

Todas as avaliações realizadas devem ser registradas no Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP).

A avaliação deve ser feita através da escala de Braden para pacientes maiores de 5 anos e da escala de Braden Q para crianças menores de 5 anos.

A escala de Braden é composta por 6 elementos: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento.

A pontuação da escala de Braden varia de 6 a 23, como descrito a seguir:

- Risco Leve: 15 a 18 pontos;
- Risco Moderado: 13 a 14 pontos;
- Alto Risco: 10 a 12 pontos;
- Altíssimo Risco: 6 a 9 pontos.

Aprovação da Chefia de Gabinete: João Henrique Castro

Assessoria Núcleo de Gestão da Qualidade

	<p style="text-align: center;">HOSPITAL DAS CLÍNICAS FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE - CSP Av. Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro s/n - Unesp - Campus de Botucatu Botucatu – São Paulo – Brasil. Tel. (14) 3811-6215 / 3811-6218 E-mail :sentinel.hcfmb@unesp.br</p>	PRA NSP 002 - Pág.: 4/20	
		Emissão: 27/06/2017	
	PROTOCOLO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão nº: 02	11/06/2024
PRA NSP 002 – PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO			

Escala de Braden				
Percepção Sensorial: Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto.	1. Totalmente Limitado : não reage (não geme, não se segura a nada, não se esquivava) a estímulo doloroso, devido ao nível de consciência diminuído ou devido a sedação ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.	2. Muito Limitado: 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 da metade do corpo.	3. Levemente limitado: Responde a comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto ou expressar necessidade de ser mudado de posição ou tem um certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em uma ou duas extremidades.	4. Nenhuma limitação: Responde a comandos verbais. Não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.
Umidade: Nível ao qual a pele é exposta à umidade.	1. Completamente molhada: A pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, etc. Umidade é detectada as 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 duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada duas 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 de posição 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 menos de proteína (carne ou laticínios) por dia. Ingerir pouco líquido. Não aceita suplemento alimentar líquido. Ou é mantido em jejum e/ou mantido com dieta líquida ou IVs por mais de 5 dias.	2. Provavelmente inadequado: Raramente come uma refeição completa e geralmente come cerca de metade do alimento oferecido. 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.	3. Adequado: Come mais da metade da maioria das refeições. Come um total de 4 porções de alimento rico em proteína (carne ou laticínio) todo dia. Ocasionalmente recusará uma refeição mas, geralmente aceitará tomar um complemento oferecido. Ou é alimentado por sonda ou regime de nutrição Parenteral Total o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa a refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne e laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar.
Fricção e Cisalhamento	1. Problema: requer assistência moderada a máxima para se mover. É impossível levanta-lo ou ergue-lo completamente sem que haja atrito da pele com o lençol. Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando frequentes ajustes de posição com 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 um certo atrito da pele com lençol, cadeira, ou outros. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou 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.	

A escala de Braden-Q é dividida em sete sub-escalas: mobilidade, grau de atividade física, percepção sensorial, umidade, fricção e cisalhamento, nutrição, perfusão tecidual e oxigenação, pontuadas de um a quatro.

A pontuação varia de 7 a 28 pontos:

- Baixo risco: maior ou igual a 22;
- Alto risco é considerado menor que 22.

Quanto menor a pontuação maior o risco para o desenvolvimento da LP.

Aprovação da Chefia de Gabinete: João Henrique Castro

Assessoria Núcleo de Gestão da Qualidade

	<p style="text-align: center;">HOSPITAL DAS CLÍNICAS FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE - CSP Av. Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro s/n - Unesp - Campus de Botucatu Botucatu – São Paulo – Brasil. Tel. (14) 3811-6215 / 3811-6218 E-mail :sentinel.hcfmb@unesp.br</p>	PRA NSP 002 - Pág.: 5/20	
		Emissão: 27/06/2017	
	<p style="text-align: center;">PROTOCOLO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE</p>	Revisão nº: 02	11/06/2024
PRA NSP 002 – PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO			

Escala de Braden Q

<p>MOBILIDADE</p> <p>Capacidade de Mudar e controlar a posição do corpo.</p>	<p>1. Completamente Imóvel: Não faz mudanças, nem mesmo pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.</p>	<p>2. Muito limitado: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças completamente sozinho.</p>	<p>3. Levemente limitado: Faz mudanças frequentes, embora pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.</p>	<p>4. Nenhuma limitação: Faz mudanças importantes e frequentes na posição do corpo, sem ajuda.</p>
<p>ATIVIDADE</p> <p>Grau de atividade física.</p>	<p>1. Acamado: Permanece no leito o tempo todo.</p>	<p>2. Restrito à cadeira: A capacidade de deambular está gravemente limitada ou inexistente. Não consegue sustentar o próprio peso e/ou precisa de ajuda para sentar-se em uma cadeira ou cadeira de rodas.</p>	<p>3. Deambulação ocasional: Deambula ocasionalmente durante o dia, porém por distâncias bem curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte do turno no leito ou na cadeira.</p>	<p>4. Crianças jovens demais para deambular ou deambulam frequentemente: Deambula fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada duas horas durante as horas está acordado.</p>
<p>PERCEPÇÃO SENSORIAL</p> <p>Capacidade de responder de maneira apropriada ao desconforto relacionado à pressão</p>	<p>1. Completamente limitada: Não responde ao estímulo doloroso (não geme, não se encolhe ou se agarra), devido à diminuição do nível de consciência, ou sedação ou limitação da capacidade de sentir dor na maior parte da superfície corporal.</p>	<p>2. Muito limitada: Responde apenas ao estímulo doloroso. Não consegue comunicar desconforto, exceto por gemido ou inquietação; ou apresenta alguma disfunção sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.</p>	<p>3. Levemente limitada: Responde aos comandos verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, ou apresenta alguma disfunção sensorial em uma ou duas extremidades que limita a capacidade de sentir dor.</p>	<p>4. Nenhuma alteração: Responde aos comandos verbais. Não apresenta déficit sensorial que limite a capacidade de sentir ou comunicar dor ou desconforto.</p>
<p>UMIDADE</p> <p>Grau de exposição da pele à umidade.</p>	<p>1. Constantemente úmida: A pele fica constantemente úmida por suor, urina, etc. A umidade é percebida cada vez que o paciente é movimentado ou mudado de posição.</p>	<p>2. Frequentemente úmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, úmida. A roupa de cama precisa ser trocada pelo menos a cada oito horas.</p>	<p>3. Ocasionalmente úmida: A pele está ocasionalmente úmida, necessitando de troca de roupa de cama a cada 12 horas.</p>	<p>4. Raramente úmida: A pele geralmente está seca, as trocas de fraldas são feitas de rotina e as roupas de cama necessitam ser trocadas apenas a cada 24h.</p>

Aprovação da Chefia de Gabinete: João Henrique Castro

Assessoria Núcleo de Gestão da Qualidade

	<p style="text-align: center;">HOSPITAL DAS CLÍNICAS FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE - CSP Av. Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro s/n - Unesp - Campus de Botucatu Botucatu – São Paulo – Brasil. Tel. (14) 3811-6215 / 3811-6218 E-mail :sentinel.hcfmb@unesp.br</p>	PRA NSP 002 - Pág.: 6/20	
		Emissão: 27/06/2017	
	<p style="text-align: center;">PROTOCOLO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE</p>	Revisão nº: 02	11/06/2024
PRA NSP 002 – PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO			

<p>FRICÇÃO E CISCALHAMENTO</p> <p>Fricção: a pele se move contra as estruturas de suporte. Ciscalhamento: a pele e a superfície óssea adjacente deslizam uma sobre a outra.</p>	1. Problema importante:	2. Problema:	3. Problema Potencial:	4. Nenhum problema aparente:
	A espasticidade, a contratura, o prurido ou a agitação levam a criança debater-se no leito e há fricção quase constante.	Necessita de ajuda moderada a máxima para se mover. É impossível se levantar completamente sem deslizar sobre os lençóis do leito ou cadeira, necessitando de reposicionamento frequente com o máximo de assistência.	Movimenta-se com dificuldade ou necessita de mínima assistência. Durante o movimento, provavelmente ocorre atrito entre a pele e os lençóis, cadeira, coxins ou outros dispositivos. A maior parte do tempo mantém uma posição relativamente boa na cadeira e no leito, mas ocasionalmente escorrega.	Capaz de levantar-se completamente durante uma mudança de posição. Movimenta-se sozinho na cadeira e no leito, e tem força muscular suficiente para levantar-se completamente durante o movimento. Mantém uma posição adequada no leito e na cadeira o tempo todo.
<p>NUTRIÇÃO</p> <p>Padrão habitual de consumo alimentar.</p>	1. Muito pobre:	2. Inadequada:	3. Adequada:	5. Excelente:
	Em jejum e/ou mantido com ingestão hídrica ou hidratação IV por mais de 5 dias ou albumina < 2,5 mg/dl ou nunca come uma refeição completa. Raramente come mais da metade de algum alimento oferecido. O consumo de proteínas inclui apenas duas porções de carne ou derivados de leite por dia. Ingerir pouco líquido. Não ingere suplemento dietético líquido.	Dieta líquida por sonda ou NPP que fornece calorias e minerais insuficientes para a idade ou albumina < 3 mg/dl ou raramente come uma refeição completa. Geralmente come apenas a metade de algum alimento oferecido. O consumo de proteínas inclui apenas três porções de carne ou derivados de leite por dia. Ocasionalmente ingere suplemento dietético	Dieta por sonda ou NPP que fornece calorias e minerais suficientes para a idade ou come mais da metade da maioria das refeições. Consome um total de quatro porções de proteínas (carne, derivados de leite) por dia. Ocasionalmente recusa uma refeição, mas geralmente toma suplemento dietético, se oferecido.	Dieta geral que fornece calorias suficientes para a idade. Por exemplo, come/bebe a maior parte de cada refeição/alimentação. Nunca recusa uma refeição. Geralmente come um total de quatro ou mais porções de carne e derivados de leite. Ocasionalmente, come entre as refeições. Não necessita de suplementação.
<p>PERFUSÃO TECIDUAL E OXIGENAÇÃO</p>	1. Extremamente comprometida:	2. Comprometida:	3. Adequada:	4. Excelente:
	Hipotenso (PAM <50 mmHg; <40 mmHg em recém-nascido) ou o paciente não tolera as mudanças de posição.	Normotenso. Apresenta saturação de oxigênio <95% ou a hemoglobina <10 mg/dl ou o tempo de enchimento capilar >2 segundos. O pH sérico <7,40.	Normotenso. Apresenta saturação de oxigênio <95% ou a hemoglobina <10 mg/dl ou o tempo de enchimento capilar >2 segundos. O pH sérico é normal.	Normotenso. Apresenta saturação de oxigênio >95%, a hemoglobina normal e o tempo de enchimento capilar <2 segundos.

Aprovação da Chefia de Gabinete: João Henrique Castro

Assessoria Núcleo de Gestão da Qualidade

	<p style="text-align: center;">HOSPITAL DAS CLÍNICAS FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE - CSP Av. Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro s/n - Unesp - Campus de Botucatu Botucatu – São Paulo – Brasil. Tel. (14) 3811-6215 / 3811-6218 E-mail :sentinel.hcfmb@unesp.br</p>	PRA NSP 002 - Pág.: 7/20	
		Emissão: 27/06/2017	
	<p style="text-align: center;">PROTOCOLO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE</p>	Revisão nº: 02	11/06/2024
PRA NSP 002 – PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO			

4.2. 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.

4.2.1. Considerações sobre a Avaliação e Reavaliação de Risco (Etapas 1 e 2)

- Usar a escala de Braden para avaliação de risco para maiores de 5 anos e a escala de Braden Q para menores de 5 anos, visando identificar indivíduos em risco de desenvolver LPP.
- Todo paciente deve ser avaliado sistematicamente na admissão. A avaliação deve considerar as fragilidades, vulnerabilidades e fatores de risco para o desenvolvimento de alterações de pele.
- As escalas de Braden e Braden Q caracterizarão o paciente sem risco, com baixo risco, com risco moderado, alto risco ou altíssimo risco para desenvolver LPP. Quanto maior o número de pontos menor o risco para a ocorrência dessa lesão.
- As escalas devem sempre ser associadas à avaliação clínica do enfermeiro. Independente do score alcançado na escala, a avaliação clínica deve ser soberana perante a existência de fatores de risco para LPP e de comorbidades inerentes ao desenvolvimento desta lesão cutânea. Sendo assim, um plano de cuidados específicos para prevenção de alterações cutâneas deve ser implementado.
- A avaliação e a 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. Podem ser necessários ajustes nutricionais, intervenções para auxiliar a mobilização ou mobilidade dos pacientes, entre outras medidas.

Aprovação da Chefia de Gabinete: João Henrique Castro

Assessoria Núcleo de Gestão da Qualidade

	<p style="text-align: center;">HOSPITAL DAS CLÍNICAS FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE - CSP Av. Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro s/n - Unesp - Campus de Botucatu Botucatu – São Paulo – Brasil. Tel. (14) 3811-6215 / 3811-6218 E-mail :sentinel.hcfmb@unesp.br</p>	PRA NSP 002 - Pág.: 8/20	
		Emissão: 27/06/2017	
	PROTOCOLO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão nº: 02	11/06/2024
PRA NSP 002 – PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO			

- As medidas preventivas para LPP descritas a seguir devem ser instituídas pelo enfermeiro após a identificação dos fatores preditivos para o risco por meio de cuidados essenciais com a pele para a manutenção da integridade cutânea.
- Todos os pacientes classificados como de risco nas etapas 1 e 2 da avaliação devem realizar a etapas de 3 a 6.

4.3. Etapa 3 – Inspeção diária da pele

Os pacientes que apresentam risco de desenvolvimento de LPP (etapas 1 e 2), necessitam de inspeção diária de toda a superfície cutânea, da cabeça aos pés. Estes pacientes, podem apresentar deterioração da integridade da pele em horas. Em virtude da rápida mudança de fatores de risco em pacientes agudamente enfermos, a inspeção diária da pele é fundamental. Deve ser dada atenção especial a áreas de alto risco para desenvolvimento de LPP.

4.3.1. Considerações sobre a inspeção da pele (Etapa 3).

- Examine a pele do paciente cuidadosamente para identificar a existência de LPP.
- Durante a admissão ou a readmissão, examine a pele do paciente cuidadosamente para identificar alterações da integridade cutânea e lesões por pressões existentes. 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, trocanter, 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 (lesão por pressão, úlcera 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 proporcional ao risco identificado. É necessário o registro apropriado e pontual das alterações encontradas.

Aprovação da Chefia de Gabinete: João Henrique Castro

Assessoria Núcleo de Gestão da Qualidade

	<p style="text-align: center;">HOSPITAL DAS CLÍNICAS FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE - CSP Av. Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro s/n - Unesp - Campus de Botucatu Botucatu – São Paulo – Brasil. Tel. (14) 3811-6215 / 3811-6218 E-mail :sentinel.hcfmb@unesp.br</p>	PRA NSP 002 - Pág.: 9/20	
		Emissão: 27/06/2017	
	<p style="text-align: center;">PROTOCOLO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE</p>	Revisão nº: 02	11/06/2024
PRA NSP 002 – PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO			

Obs. Pode ser necessário o aumento da frequência da inspeção em razão da piora do estado clínico do paciente.

4.4. Etapa 4 – Manejo da Umidade: manutenção do paciente seco e com a pele hidratada

Pele úmida é mais vulnerável, propícia ao desenvolvimento de lesões cutâneas, 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 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.

4.4.1. Considerações sobre as medidas preventivas para higiene, hidratação e manejo da umidade da pele (Etapa 4).

➤ Higienização e Hidratação da pele

- Limpar 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.
- Usar 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 úlceras 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.

Aprovação da Chefia de Gabinete: João Henrique Castro

Assessoria Núcleo de Gestão da Qualidade

	<p style="text-align: center;">HOSPITAL DAS CLÍNICAS FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE - CSP Av. Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro s/n - Unesp - Campus de Botucatu Botucatu – São Paulo – Brasil. Tel. (14) 3811-6215 / 3811-6218 E-mail :sentinel.hcfmb@unesp.br</p>	PRA NSP 002 - Pág.: 10/20	
		Emissão: 27/06/2017	
	PROTOCOLO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão nº: 02	11/06/2024
PRA NSP 002 – PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO			

- 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 deve ser recomendada como uma estratégia de prevenção de lesões por pressão.

➤ **Manejo da umidade**

- 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.
- Controlar a umidade através da determinação da causa. Usar absorventes ou fraldas.
- Quando possível, oferecer um aparador (comadre ou papagaio) nos horários de mudança de decúbito.
- Além da incontinência urinária e fecal, a equipe de enfermagem deve ter atenção a outras fontes de umidade, como extravasamento de drenos sobre a pele, exsudato de feridas, suor e extravasamento de linfa em pacientes com anasarca que são potencialmente irritantes para a pele.

4.5. 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 deficit 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 adequado. Suplementos nutricionais podem ser necessários caso a ingesta não

Aprovação da Chefia de Gabinete: João Henrique Castro

Assessoria Núcleo de Gestão da Qualidade

	<p style="text-align: center;">HOSPITAL DAS CLÍNICAS FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE - CSP Av. Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro s/n - Unesp - Campus de Botucatu Botucatu – São Paulo – Brasil. Tel. (14) 3811-6215 / 3811-6218 E-mail :sentinel.hcfmb@unesp.br</p>	PRA NSP 002 - Pág.: 11/20	
		Emissão: 27/06/2017	
	PROTOCOLO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão nº: 02	11/06/2024
PRA NSP 002 – PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO			

seja suficiente. É recomendado que nutricionistas sejam consultados nos casos de pacientes com desnutrição a fim de avaliar e propor intervenções mais apropriadas.

4.5.1. Considerações sobre a para Nutrição (Etapa 5)

- Notificar todos os indivíduos em risco nutricional ou em risco para lesão por pressão ao nutricionista a fim de instituir as medidas nutricionais específicas (avaliar a necessidade calórica, vitamínica, minerais e demais nutrientes) para a prevenção de LPP.
- Avaliar e comunicar o nutricionista e a equipe médica sobre a presença de sinais clínicos de desnutrição ou que podem predispor alterações no estado nutricional: edema, perda de peso, disfagia, inapetência, desidratação, entre outros. Na vigência de baixa aceitação alimentar (inferior a 60% das necessidades nutricionais num período de cinco a sete dias), discutir com a equipe a possibilidade de sondagem.
- Avaliar junto ao nutricionista e à equipe médica a necessidade de oferecer suplementos nutricionais, com alto teor proteico, além da dieta habitual, a indivíduos em risco nutricional e de LPP.
- O nutricionista deve avaliar a necessidade de instituir as medidas específicas nutricionais para a prevenção de LPP (vide Apêndice específico para nutrição).

4.6. Etapa 6 – Minimizar a pressão

A principal preocupação é a redistribuição da pressão, especialmente sobre as proeminências ósseas. Pacientes com mobilidade limitada apresentam maior risco 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. A literatura não sugere a frequência com que se deve reposicionar o paciente, mas duas

Aprovação da Chefia de Gabinete: João Henrique Castro

Assessoria Núcleo de Gestão da Qualidade

	<p style="text-align: center;">HOSPITAL DAS CLÍNICAS FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE - CSP Av. Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro s/n - Unesp - Campus de Botucatu Botucatu – São Paulo – Brasil. Tel. (14) 3811-6215 / 3811-6218 E-mail :sentinel.hcfmb@unesp.br</p>	PRA NSP 002 - Pág.: 12/20	
		Emissão: 27/06/2017	
	PROTOCOLO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão nº: 02	11/06/2024
PRA NSP 002 – PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO			

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

Superfícies de apoio específicas (como colchões, camas, almofadas, travesseiros, coxins) 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.

Pacientes cirúrgicos submetidos à anestesia por período prolongado geralmente apresentam risco aumentado de desenvolvimento de LPP, portanto, todos estes pacientes (no momento pré, intra e pós-operatório) devem receber avaliação de risco da pele.

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

4.6.1. Procedimento Operacional para Minimizar a Pressão (Etapa 6).

➤ Mudança de decúbito ou reposicionamento

- O reposicionamento deve ser executado para reduzir a duração e a magnitude da pressão exercida sobre áreas vulneráveis do corpo.
- Avaliar a pele e o conforto individuais. Se o indivíduo não responde ao regime de posicionamentos conforme o esperado, reconsiderar a frequência e método dos posicionamentos.
- O reposicionamento mantém o conforto, a dignidade e a capacitação funcional do indivíduo.
- Reposicionar o paciente de tal forma que a pressão seja aliviada ou redistribuída. Evitar sujeitar a pele à pressão ou forças de torção (cisalhamento). Evitar posicionar o paciente diretamente sobre sondas, drenos e sobre proeminências ósseas com hiperemia não reativa. O rubor indica que o organismo ainda não se recuperou da carga anterior e exige um intervalo maior entre cargas repetidas.

Aprovação da Chefia de Gabinete: João Henrique Castro

Assessoria Núcleo de Gestão da Qualidade

	<p style="text-align: center;">HOSPITAL DAS CLÍNICAS FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE - CSP Av. Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro s/n - Unesp - Campus de Botucatu Botucatu – São Paulo – Brasil. Tel. (14) 3811-6215 / 3811-6218 E-mail :sentinel.hcfmb@unesp.br</p>	PRA NSP 002 - Pág.: 13/20	
		Emissão: 27/06/2017	
	<p style="text-align: center;">PROTOCOLO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE</p>	Revisão nº: 02	11/06/2024
PRA NSP 002 – PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO			

- O reposicionamento deve ser feito usando 30° na posição de semi-fowler e uma inclinação de 30° para posições laterais (alternadamente lado direito, dorsal e lado esquerdo), se o paciente tolerar estas posições e a sua condição clínica permitir. Evitar posturas que aumentem a pressão, tais como o fowler acima dos 30°, a posição de deitado de lado a 90°, ou a posição de semi-deitado.
- Se o paciente estiver sentado na cama, evitar elevar a cabeceira em ângulo superior a 30°, evitando a centralização e o aumento da pressão no sacro e no cóccix.
- Quando sentado, se os pés do paciente não chegam ao chão, coloque-os sobre um banquinho ou apoio para os pés, o que impede que o paciente deslize para fora da cadeira. A altura do apoio para os pés deve ser escolhida de forma a fletir ligeiramente a bacia para frente, posicionando as coxas numa inclinação ligeiramente inferior à posição horizontal.
- Deve-se restringir o tempo que o indivíduo passa sentado na cadeira sem alívio de pressão. Quando um indivíduo está sentado numa cadeira, o peso do corpo faz com que as tuberosidades isquiáticas fiquem sujeitas a um aumento de pressão. Quanto menor a área, maior a pressão que ela recebe. Consequentemente, sem alívio da pressão, a LPP surgirá muito rapidamente.

➤ **Medidas preventivas para fricção e cisalhamento**

- Elevar a cabeceira da cama até no máximo 30° e evitar pressão direta na região trocanteriana quando em posição lateral, limitando o tempo de cabeceira elevada, pois o corpo do paciente tende a escorregar, ocasionando fricção e cisalhamento (nível de evidência C).
- A equipe de enfermagem deve usar forro móvel ou dispositivo mecânico de elevação para mover pacientes acamados durante transferência e mudança de decúbito. Sua utilização deve ser adequada para evitar o risco de fricção ou forças de cisalhamento. Deve-se verificar se nada foi esquecido sob o corpo do paciente, para evitar dano tecidual.
- Utilizar quadro de avisos próximo ao leito para estimular o paciente a movimentar-se na cama, quando necessário.

	<p style="text-align: center;">HOSPITAL DAS CLÍNICAS FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE - CSP Av. Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro s/n - Unesp - Campus de Botucatu Botucatu – São Paulo – Brasil. Tel. (14) 3811-6215 / 3811-6218 E-mail :sentinel.hcfmb@unesp.br</p>	PRA NSP 002 - Pág.: 14/20	
		Emissão: 27/06/2017	
	PROTOCOLO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão nº: 02	11/06/2024
PRA NSP 002 – PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO			

- Proteção de proeminências ósseas com a espuma multicamadas ou filme transparente não estéril associado à utilização do creme barreira. (todos os pacientes com risco).

- Apesar da evidência de redução de cisalhamento no posicionamento da cabeceira até 30°, para os pacientes em ventilação mecânica e traqueostomizados com ventilação não invasiva, é recomendado decúbito acima de 30° para a prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação.

➤ **Materiais e equipamentos para redistribuição de pressão**

- Uso de colchões piramidais e colchões pneumáticos em vez de colchões hospitalares padrão em todos os indivíduos de risco para desenvolver LPP.

- Uso de superfícies de apoio para a prevenção de lesão por pressão nos calcâneos, pois estes devem ser mantidos afastados da superfície da cama (livres de pressão), elevando-os com almofada ou travesseiro de tal forma que o peso da perna seja distribuído ao longo da sua parte posterior, sem colocar pressão sobre o tendão de Aquiles e sobre a panturrilha.

- O joelho deve ser ligeiramente flexionado pois a hiperextensão pode causar obstrução da veia poplítea, que pode predispor a uma Trombose Venosa Profunda.

➤ **Uso de superfície de apoio para prevenir lesões por pressão na posição sentada**

- Utilizar um assento de redistribuição de pressão para os pacientes com mobilidade reduzida e que apresentam risco de desenvolvimento de lesões por pressão quando estes estiverem sentados em uma cadeira. Almofadas de ar e espuma redistribuem melhor a pressão, já as almofadas de gel e de pele de carneiro causam maior pressão.

4.7. MEDIDAS PREVENTIVAS PARA LESÃO POR PRESSÃO, CONFORME CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

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.

Aprovação da Chefia de Gabinete: João Henrique Castro

Assessoria Núcleo de Gestão da Qualidade

	<p style="text-align: center;">HOSPITAL DAS CLÍNICAS FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE - CSP Av. Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro s/n - Unesp - Campus de Botucatu Botucatu – São Paulo – Brasil. Tel. (14) 3811-6215 / 3811-6218 E-mail :sentinel.hcfmb@unesp.br</p>	PRA NSP 002 - Pág.: 15/20	
		Emissão: 27/06/2017	
	PROTOCOLO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão nº: 02	11/06/2024
PRA NSP 002 – PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO			

4.7.1. Risco baixo (15 a 18 pontos na escala de Braden).

- Cronograma de reposicionamento (utilizar relógio, de acordo com o POP de Reposicionamento);
- Colocar o colchão piramidal;
- Otimização da mobilização;
- Proteção do calcâneo;
- Manejo da umidade, nutrição, fricção e cisalhamento, bem como uso de superfícies de redistribuição de pressão.

4.7.2. Risco moderado (13 a 14 pontos na escala de Braden).

- Continuar as intervenções do risco baixo;
- Reposicionamento a 30°.

4.7.3. Alto risco (10 a 12 pontos na escala de Braden).

- Continuar as intervenções do risco moderado;
- Reposicionamento frequente;
- Utilizar o colchão pneumático, sempre que possível. Se não houver possibilidade, o colchão piramidal deve ser mantido;
- Utilização de coxins de espuma para facilitar a lateralização a 30°.
- Manejo da dor, se houver.

4.7.4. Altíssimo risco (6 a 9 pontos na escala de Braden).

- Continuar as intervenções do alto risco;
- Manejo da dor, se houver.

Aprovação da Chefia de Gabinete: João Henrique Castro

Assessoria Núcleo de Gestão da Qualidade

	HOSPITAL DAS CLÍNICAS FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE - CSP Av. Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro s/n - Unesp - Campus de Botucatu Botucatu – São Paulo – Brasil. Tel. (14) 3811-6215 / 3811-6218 E-mail : sentinel.hcfmb@unesp.br	PRA NSP 002 - Pág.: 16/20	
		Emissão: 27/06/2017	
	PROTOCOLO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão nº: 02	11/06/2024
PRA NSP 002 – PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO			

5. ESTADIAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO – LPP

As lesões podem ser diagnosticadas visualmente e classificadas de acordo com o grau de comprometimento tecidual observado. Esta classificação foi atualizada e estabelecida em consenso na reunião do *National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)* em 2016.

5.1. Estágio I: pele íntegra com eritema que não embranquece

Pele íntegra com área localizada de eritema que não embranquece e que pode parecer diferente em pele de cor escura. Presença de eritema que embranquece ou mudanças na sensibilidade, temperatura ou consistência (endurecimento) podem proceder as mudanças visuais. Mudanças de cor não incluem descoloração púrpura ou castanha; essas podem indicar dano tissular profundo.

5.2. Estágio II: perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme

Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme. O leito da ferida é viável, de coloração rosa ou vermelho, úmido e pode também apresentar-se como uma bolha íntacta (preenchida com exsudato seroso) ou rompida. O tecido adiposo e tecidos profundos não são viáveis. 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, a dermatite intertriginosa, a lesão da pele associada a adesivos médicos ou feridas traumáticas (lesões por fricção, queimaduras, abrasões).

5.3. Estágio III: Perda da pele em sua espessura total

Perda da pele em sua espessura total na qual a gordura é visível e, frequentemente, tecido de granulação e epíbole (lesão com bordas enroladas) estão presentes. Esfacelo e/ou escara pode estar visível. A profundidade do dano tissular varia conforme a localização anatômica; áreas com adiposidade significativa podem desenvolver lesões profundas. Podem ocorrer descolamento

Aprovação da Chefia de Gabinete: João Henrique Castro

Assessoria Núcleo de Gestão da Qualidade

	HOSPITAL DAS CLÍNICAS FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE - CSP Av. Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro s/n - Unesp - Campus de Botucatu Botucatu – São Paulo – Brasil. Tel. (14) 3811-6215 / 3811-6218 E-mail : sentinel.hcfmb@unesp.br	PRA NSP 002 - Pág.: 17/20	
		Emissão: 27/06/2017	
	PROTOCOLO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão nº: 02	11/06/2024
PRA NSP 002 – PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO			

e túneis. Não há exposição de fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso. Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação de extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável.

5.4. Estágio IV: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular

Perda da pele em sua espessura total e perda tissular com exposição ou palpação direta da 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. A profundidade varia conforme a localização anatômica. Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável.

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

Perda da pele em sua espessura total e perda tissular na qual a extensão do dano não pode ser confirmada porque está encoberta pelo esfacelo ou escara. Ao ser removido (esfacelo ou escara), Lesão por Pressão em Estágio 3 ou Estágio 4 ficará aparente. Escara estável (isto é, seca, aderente, sem eritema ou flutuação) em membro isquêmico ou no calcâneo não deve ser removida.

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

Pele intacta ou não, com área localizada e persistente de descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura que não embranquece ou separação epidérmica que mostra lesão com leito escurecido ou bolha com exsudato sanguinolento. Dor e mudança na temperatura frequentemente precedem as alterações de coloração da pele. A descoloração pode apresentar-se diferente em pessoas com pele de tonalidade mais escura. Essa lesão resulta de pressão intensa e/ou prolongada e de cisalhamento na interface osso/ músculo. A ferida pode evoluir rapidamente e revelar a extensão atual da lesão tissular ou resolver sem perda tissular. Quando tecido necrótico,

Aprovação da Chefia de Gabinete: João Henrique Castro

Assessoria Núcleo de Gestão da Qualidade

	<p style="text-align: center;">HOSPITAL DAS CLÍNICAS FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE - CSP Av. Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro s/n - Unesp - Campus de Botucatu Botucatu – São Paulo – Brasil. Tel. (14) 3811-6215 / 3811-6218 E-mail :sentinel.hcfmb@unesp.br</p>	PRA NSP 002 - Pág.: 18/20	
		Emissão: 27/06/2017	
	<p style="text-align: center;">PROTOCOLO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE</p>	Revisão nº: 02	11/06/2024
PRA NSP 002 – PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO			

tecido subcutâneo, tecido de granulação, fáscia, músculo ou outras estruturas subjacentes estão visíveis, isso indica lesão por pressão com perda total de tecido (Lesão por Pressão Não Classificável ou Estágio 3 ou Estágio 4). Não se deve utilizar a categoria Lesão por Pressão Tissular Profunda (LPTP) para descrever condições vasculares, traumáticas, neuropáticas ou dermatológicas.

5.7. Definições adicionais:

5.7.1. Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico

Essa terminologia descreve a etiologia da lesão. A Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico (LPRDM) resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. A lesão por pressão resultante geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo. Essa lesão deve ser categorizada usando o sistema de classificação de lesões por pressão.

5.7.2. Lesão por Pressão em Membranas Mucosas

A lesão por pressão em membranas mucosas é encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas.

6. AUTORES E REVISORES

- **Autores:** Heloíza Thais Felipe de Camargo e Juliana da Silva Oliveira
- **Revisora:** Márcia Cercal Fernandes, Andréia Cristina Yauch, Tatiane Pontelli Correa de Mello, Maria Elizandre Camilo de Oliveira, Rita de Cassia Silva, Simone Fernanda Gonçalves e Juliana da Silva Oliveira.

Aprovação da Chefia de Gabinete: João Henrique Castro

Assessoria Núcleo de Gestão da Qualidade

	HOSPITAL DAS CLÍNICAS FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE - CSP Av. Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro s/n - Unesp - Campus de Botucatu Botucatu – São Paulo – Brasil. Tel. (14) 3811-6215 / 3811-6218 E-mail : sentinel.hcfmb@unesp.br	PRA NSP 002 - Pág.: 19/20	
		Emissão: 27/06/2017	
	PROTOCOLO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão nº: 02	11/06/2024
PRA NSP 002 – PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO			

7. REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Anexo 02: *Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão*. Ministério da Saúde/Anvisa/Fiocruz, 2013. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/ulcera-por-pressao>. Acesso em: 30 ago. 2017.
- HEMORIO. *Protocolos de Enfermagem: Prevenção e Tratamento de Úlcera por Pressão*. Hemorio, 2010. Disponível em: http://www.hemorio.rj.gov.br/html/pdf/protocolo_ulcera.pdf. Acesso em: 30 ago. 2017.
- HOSPITAL SÃO PAULO. SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina. Hospital Universitário da UNIFESP - Sistema de Gestão da Qualidade. *Protocolo: Prevenção de Úlcera por Pressão*, mar. 2016. Disponível em: <http://www.hospitalsaopaulo.org.br/sites/manuais/arquivos/2016/seguranca/ProtocoloUPrevisadoMarco2016.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2017.
- NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP). Disponível em: <www.npuap.org>. Traduzido em: <http://www.sobest.org.br/textod/35>. Acesso em: 30 ago. 2017.
- VOCCI, M. C.; FONTES, C. M. B.; TOSO, L. A. R. Guia de consulta rápida: informativo para supervisão e cuidado com a pele/mucosa e avaliação de risco de lesões por pressão nos pacientes pediátricos: Escala de Braden-Q. Revisora técnica: Abbade, L. P. F. [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, 2016.

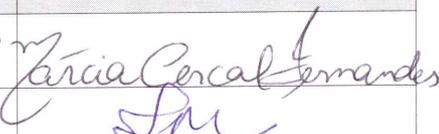
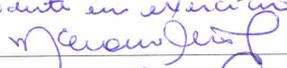
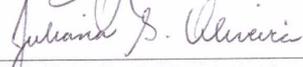
Aprovação da Chefia de Gabinete: João Henrique Castro

Assessoria Núcleo de Gestão da Qualidade

	<p align="center">HOSPITAL DAS CLÍNICAS FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE - CSP Av. Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro s/n - Unesp - Campus de Botucatu Botucatu – São Paulo – Brasil. Tel. (14) 3811-6215 / 3811-6218 E-mail :sentinel.hcfmb@unesp.br</p>	PRA NSP 002 - Pág.: 20/20	
		Emissão: 27/06/2017	
	<p align="center">PROTOCOLO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE</p>	Revisão nº: 02	11/06/2024
<p align="center">PRA NSP 002 – PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</p>			

8. TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DIVULGAÇÃO E APROVAÇÃO DE DOCUMENTO

	<p>HOSPITAL DAS CLÍNICAS FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU NÚCLEO DE GESTÃO DA QUALIDADE Av. Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n CEP 18618-687 – Botucatu – São Paulo – Brasil Tel. (14) 3811-6218 / (14) 3811-6215 – E-mail qualidade.hcfmb@unesp.br</p>	
	<p>TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DIVULGAÇÃO ELETRÔNICA E APROVAÇÃO DE DOCUMENTO</p>	

1. IDENTIFICAÇÃO DO DOCUMENTO		
1.1. Título: PRA NSP 002 – Protocolo para Prevenção de Lesão por Pressão		
1.2. Área Responsável: Núcleo de Segurança do Paciente		
1.3. Data da Elaboração: <u>27/06/2017</u> Total de páginas: <u>20</u> Data da Revisão: <u>11/06/2024</u> Número da Revisão: <u>02</u>		
1.4. Autorização de Divulgação Eletrônica do Documento e Consentimento de Exposição de dado pessoal (nome completo) durante a vigência do documento: PRA NSP 002 – Protocolo para Prevenção de Lesão por Pressão		
Eu, como autor e/ou revisor do documento citado, aprovo e autorizo a divulgação eletrônica do mesmo:		
NOME	SETOR	ASSINATURA
Márcia Cercal Fernandes	Núcleo de Segurança do Paciente	
Tatiane Pontelli Correa de Mello	Comissão de Curativos	
Andréia Cristina Yauch	Comissão de Curativos	Presidente em exercício: 
Maria Elizandre Camilo de Oliveira	Comissão de Curativos	
Rita de Cassia Silva	Comissão de Curativos	
Simone Fernanda Gonçalves	Núcleo de Segurança do Paciente	
Juliana da Silva Oliveira	Núcleo de Gestão da Qualidade	
2. DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA, APROVAÇÃO DE DOCUMENTO E CONSENTIMENTO DE EXPOSIÇÃO DO NOME COMPLETO		
Declaro que estou ciente e aprovo o conteúdo do documento: PRA NSP 002 – Protocolo para Prevenção de Lesão por Pressão.		
Também autorizo a exposição do meu nome completo.		
Data: <u>30/07/24</u>	Assinatura:	
	Aprovação do Chefe de Gabinete: Dr. João Henrique Castro	

Aprovação da Chefia de Gabinete: João Henrique Castro

Assessoria Núcleo de Gestão da Qualidade