

		PROTOCOLO			
PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO			CÓDIGO: UPA NSP PT 003		
			REVISÃO: 000		
SETOR: NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE		DATA DE ELABORAÇÃO: 02/01/2024	DATA DE REVISÃO: 02/01/2026	PÁGINA: 1/9	

APRESENTAÇÃO

As lesões por pressão (LPP) acometem pacientes internados, acamados e/ou com restrição de movimentos. O aparecimento de uma lesão por pressão é resultante de dois determinantes fisiológicos críticos: intensidade e duração da pressão sobre determinadas estruturas corporais, além da doença de base e do estado nutricional. É uma das consequências mais comuns das internações de longa permanência, e, também, um indicador negativo de qualidade, sendo um dos principais eventos adversos observados. Além do desconforto para os pacientes, as LPPs geram aumento de gastos financeiros, por prolongar o período de internação hospitalar, assim como custos com insumos específicos, como curativos, coberturas, soluções e até mesmo cirurgias.

OBJETIVO

Promover a prevenção da ocorrência de Lesão por Pressão (LPP) e outras lesões da pele.

ABRANGÊNCIA

O protocolo de prevenção de lesão por pressão aplica-se a todos os ambientes de prestação do cuidado ao paciente da Unidade de Pronto Atendimento 24H Dr. Alair Mafra Andrade.

DEFINIÇÃO

Em 2013 foi instituído no Brasil pelo Ministério da Saúde (MS), o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) cujo objetivo geral é contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos do território nacional. (BRASIL, 2017)

Em abril de 2016, o National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), organização norte-americana sem fins lucrativos, dedicada à prevenção e ao tratamento de lesões por pressão, anunciou a mudança na terminologia Úlcera por Pressão para Lesão por Pressão. Além destas mudanças, os números romanos foram substituídos pelos arábicos para descrever os estágios e foram acrescentados os conceitos de lesão por pressão relacionada a dispositivo médico e em membrana mucosa. Tal documento já foi traduzido e validado para o português por membros da Associação Brasileira de Estomatoterapia (SOBEST) e da Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia (SOBENDE). (SOBEST, 2016)

Lesão por Pressão é um dano localizado na pele e/ou tecido mole subjacente, geralmente sobre proeminência óssea ou pode estar relacionado a equipamentos médicos ou outro tipo de dispositivo, como tubos e drenos. Ocorre como resultado de intensa e/ou prolongada pressão ou de pressão combinada com cisalhamento.

FORMAÇÃO

As lesões começam a se formar quando ocorre uma pressão contínua maior que 32 mmHg, em áreas de proeminência óssea, músculos e tecidos. Os capilares são comprimidos sobre a pele levando à isquemia. Os tecidos, portanto, deixam de ser irrigados, comprometendo sua nutrição e oxigenação.

CLASSIFICAÇÃO

Lesão por pressão estágio 1: Pele íntegra com eritema que não embranquece

		PROTOCOLO			
PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO			CÓDIGO: UPA NSP PT 003		
			REVISÃO: 000		
SETOR: NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	DATA DE ELABORAÇÃO: 02/01/2024	DATA DE REVISÃO: 02/01/2026	PÁGINA: 2/9		

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

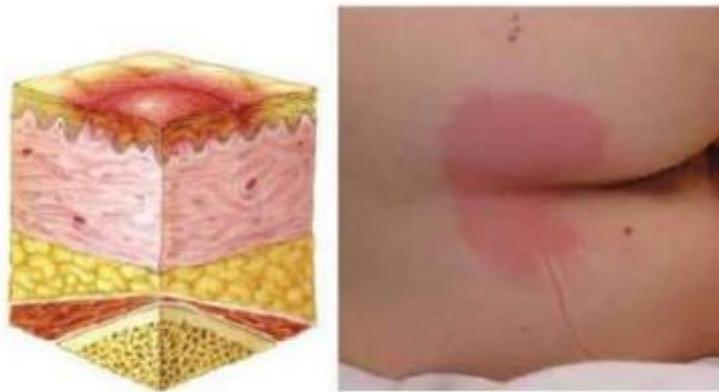


Figura 1- lesão por pressão estágio 1.

Lesão por pressão estágio 2: Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme

Epiderme rompida com exposição da derme leito da lesão com tecido viável, úmido com coloração rosa ou vermelha, pode apresentar-se como uma bolha (flictena) rompida ou intacta (preenchida com exsudato seroso), não há visualização de tecidos profundos e tecido adiposo. Tecido de granulação, esfacelo e escara não estão presentes. Essas lesões geralmente resultam de microclima inadequado e cisalhamento da pele. Esse estágio não deve ser usado para descrever as lesões de pele associada à incontinência (DAI), a dermatite intertriginosa, a lesão de pele associada a adesivos médicos ou as feridas traumáticas (lesões por fricção, queimaduras, abrasões).



Figura 2- Lesão por pressão estágio 2.

		PROTOCOLO			
PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO				CÓDIGO: UPA NSP PT 003	
				REVISÃO: 000	
SETOR: NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE		DATA DE ELABORAÇÃO: 02/01/2024	DATA DE REVISÃO: 02/01/2026	PÁGINA: 3/9	

Lesão por pressão estágio 3: Perda da pele em sua espessura total

Perda da pele em sua espessura total na qual a gordura é visível, frequentemente, tecido de granulação e epíbole (lesão com bordas enroladas) estão presentes. Esfacelo e/ou escarra pode estar visível. A profundidade do dano tissular varia conforme a localização anatômica; áreas com adiposidade significativa podem desenvolver lesões profundas. Podem ocorrer deslocamento e túneis. Não há exposição de fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso. Quando o esfacelo ou escarra prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável.



Figura 3- Lesão por pressão estágio 3.

Lesão por pressão estágio 4: Perda total da espessura da pele 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 escarra pode estar visível. Epíbole (lesão com bordas enroladas), deslocamento e/ou túneis correm frequentemente. A profundidade varia conforme a localização anatômica. Quando o esfacelo ou escarra prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável.



Figura 4- Lesão por pressão estágio 4.

		PROTOCOLO			
PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO				CÓDIGO: UPA NSP PT 003	
				REVISÃO: 000	
SETOR: NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE		DATA DE ELABORAÇÃO: 02/01/2024		DATA DE REVISÃO: 02/01/2026	
PÁGINA: 4/9					

Não graduáveis/inclassificáveis: profundidade indeterminada

Perda total da espessura dos tecidos, leito coberto de tecido desvitalizado (amarelo, cinzentos, verde ou castanho) e/ou necrótico (amarelo escuro, castanho ou preto).

Remoção do tecido desvitalizado e/ou necrótico determinará profundidade e classificação da lesão tecido necrótico (seco, aderente, intacto e sem eritema ou flutuação) presente nos calcâneos serve como curativo natural e não deve ser removido.

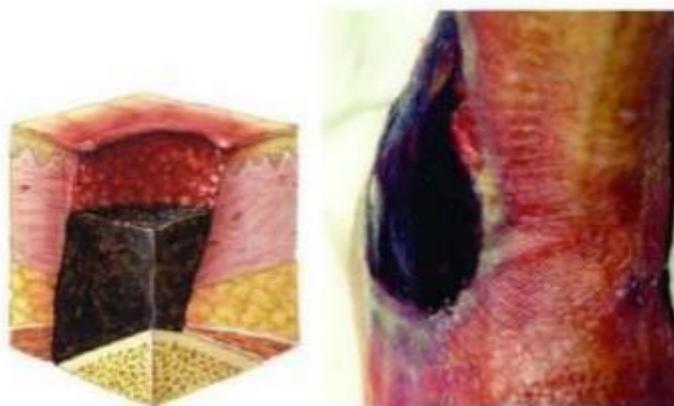


Figura 5- Lesão por pressão não classificável.

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. 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, 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).

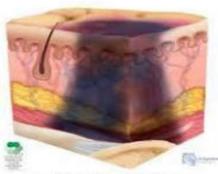


Figura 6- Lesão tissular profunda.

		PROTOCOLO			
PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO				CÓDIGO: UPA NSP PT 003	
REVISÃO: 000					
SETOR: NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE		DATA DE ELABORAÇÃO: 02/01/2024	DATA DE REVISÃO: 02/01/2026	PÁGINA: 5/9	

Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico

A Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. A lesão 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.

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.

Fatores externos de risco

Pressão contínua	Quando em área de lesão ou proeminência óssea ocorre pressão excessiva ou contínua, a irrigação sanguínea torna-se prejudicada, dificultando a irrigação no local da lesão.
Cisalhamento	Tração exercida na pele, durante a mobilização ou reposicionamento do indivíduo na cadeira ou no leito.
Fricção	Movimento da pele contra uma superfície de apoio, geralmente o leito. Consiste em um dano irreparável, prejudicando a integridade cutânea.
Umidade	<ul style="list-style-type: none"> • Transpiração e exsudação excessivas: podem levar a maceração da pele com ruptura e infecção. • Incontinência fecal e urinária.

Fatores internos

Idade	A idade avançada acarreta alterações estruturais, metabólicas e funcionais de tecidos e células, o que compromete a elasticidade e a hidratação, diminuindo a resistência dos tecidos.
Doenças crônicas degenerativas	São aquelas que afetam o fluxo sanguíneo periférico e o sistema imunológico, que acarretam o aparecimento de lesões (câncer, diabetes etc.).
Condições nutricionais	A deficiência nutricional (vitaminas, proteínas e sais minerais) interfere no processo de cicatrização da LPP e compromete a integridade de tecidos moles.
Drogas sistêmicas	Corticoides, agentes citotóxicos, penicilina, entre outras que inibem o processo de cicatrização.
Mobilidade reduzida ou ausente	Devido a patologias que irão afetar o nível de consciência: traumatismo raqui-medular/craniano, depressão, AVE, doença de Alzheimer, esclerose múltipla etc.
Temperatura	Com a elevação da temperatura ocorre aumento da demanda de oxigênio e aceleração do metabolismo. O risco de necrose nas LPP é elevado na ocorrência de hipertermia.
Tabagismo	Diminui a oxigenação e os nutrientes; a vasoconstrição interfere no fluxo sanguíneo, o que leva ao risco de aparecimento de lesões.

		PROTOCOLO			
PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO				CÓDIGO: UPA NSP PT 003	
				REVISÃO: 000	
SETOR: NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE		DATA DE ELABORAÇÃO: 02/01/2024		DATA DE REVISÃO: 02/01/2026	
PÁGINA: 6/9					

Medidas preventivas para lesão por pressão

Pele

Avaliação de risco

- Inspecionar diariamente as áreas de proeminências ósseas (joelhos, cotovelos e calcanhares) e duas vezes por dia as submetidas à pressão de dispositivos.
- Desenvolver plano de cuidados para cada tipo de risco.

Cuidados com a pele

- Manter pele sempre limpa e seca, especialmente após episódios de incontinência.
- Usar produtos com pH balanceado para pele. De preferência com menos perfume e cor.
- Hidratar mais de uma vez ao dia com hidratantes e umectantes.

Nutrição

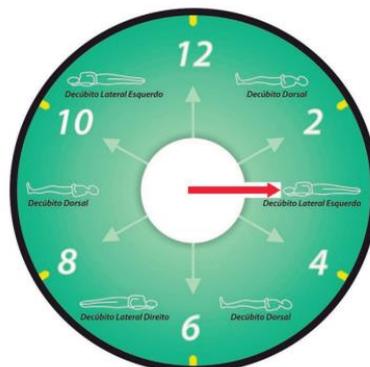
- Manter ingestão nutricional (calórica e proteica) e hídrica adequadas.
- Avaliar junto ao nutricionista e à equipe médica a necessidade de oferecer suplementos nutricionais, com alto teor proteico, além da dieta habitual, a indivíduos em risco nutricional.
- Monitorar peso e conscientizar pacientes de risco sobre importância da nutrição.

Posição e movimento

- Mudar posição a cada duas horas. Inclui alteração dos coxins de posição, mudança de angulação, de lateralização e de cabeceira.
- Usar colchão especial, almofadas e/ou de coxins para redistribuir a pressão.
- Elevar os calcâneos de tal forma que o peso da perna seja distribuído ao longo da sua parte posterior, sem colocar pressão sobre o tendão de Aquiles.
- Manter os joelhos em ligeira flexão.
- Utilizar almofada ou travesseiro abaixo das pernas (região dos gêmeos) para elevar os calcâneos e mantê-los flutuantes.
- Se necessário, usar barreiras protetoras: creme barreira, película semipermeável, espuma de poliuretano, substâncias oleosas.

Reposicionamento

Exemplo de Relógio de Reposicionamento



		PROTOCOLO			
PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO			CÓDIGO: UPA NSP PT 003		
REVISÃO: 000					
SETOR: NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE		DATA DE ELABORAÇÃO: 02/01/2024	DATA DE REVISÃO: 02/01/2026	PÁGINA: 7/9	

Decúbito Dorsal

- Observar ângulo de elevação da cabeceira do leito. Quanto maior a elevação maior será a força de cisalhamento na região dorsal, por aumento da pressão na proeminência óssea dessa região, contra o colchão. O cisalhamento romperá os capilares reduzindo a resistência tecidual. Evoluem de maneira pior por estarem próximas à região anal, devido a difícil manutenção de curativos especiais e contaminação.
- Adotar angulação menor do que 30 graus, conforme definem as diretrizes. Esta medida é suficiente para a redução do risco de broncoaspiração (infusão de dietas enterais ou deglutição) e de pneumonia associada à ventilação mecânica.

Decúbito Lateral

- Adotar uma angulação menor que 90 graus, apoiando as costas em coxins, o que favorecerá a concentração do peso corporal sobre o glúteo e não sobre o trocanter.
- Proteger a face interna dos joelhos, com travesseiro ou coxim, para que os joelhos não se toquem, pois isso gera mais risco de desenvolvimento de LPP.
- Posicionar a cabeça de forma confortável e não deixar que a orelha fique dobrada.

Posição Sentada

- Usar almofadas especiais, sobre a almofada simples da cadeira de rodas para melhor distribuição do peso corporal.
- Realizar periodicamente o movimento de “push up”, que significa elevação do quadril com o apoio dos braços, nas laterais da cadeira por alguns segundos. Essa manobra deve ser realizada a cada quinze minutos, no máximo.
- Evitar que clientes acamados permaneçam sentados em poltronas por mais de duas horas. Esta posição aumenta a pressão na região sacra. Este cliente deverá ser posicionado em decúbito lateral antes e depois da colocação na poltrona.

Posição Prona

- Dar atenção especial à face, uma das regiões que mais sofrem nesta posição, avaliando frequentemente o rosto do cliente para evitar lesões por cateteres e tubos. Alguns dispositivos, como tubo orotraqueal, podem pressionar o lado dos lábios.
- Avaliar especialmente áreas como dedos dos pés, clavícula, pênis, mamas, crista ilíaca e sínfise púbica, durante o movimento de rotação.

Elevação de Calcâneo

- Manter joelhos em leve flexão, entre 5 a 10 graus, para que os calcâneos fiquem elevados, sem contato com o colchão. Podem ser utilizados almofadas ou travesseiros sob as panturrilhas (calcâneos ficam flutuantes).
- Evitar coxins circulares sob os calcâneos ou luvas de água ou de ar. A utilização desses dispositivos altera o microclima da pele, predispondo ao desenvolvimento de lesões e acarreta uma pressão pontual, mesmo que fora de proeminência óssea.

Cuidados com dispositivos

Tubo Orotraqueal

- Atentar-se à pressão exercida pelo cadarço na face.

		PROTOCOLO		  	
PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO				CÓDIGO: UPA NSP PT 003	
REVISÃO: 000					
SETOR: NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE		DATA DE ELABORAÇÃO: 02/01/2024	DATA DE REVISÃO: 02/01/2026	PÁGINA: 8/9	

- Não permitir que o cadarço toque a inserção das orelhas.
- Evitar pressão do tubo e do nó do cadarço na mucosa oral.
- Alternar diariamente o lado da fixação.

Cateter Nasogástrico ou Nasoenteral

- Trocar diariamente a fixação.
- Evitar pressão do cateter na mucosa nasal.

Traqueostomia

- Não permitir contato direto da cânula com a pele, mantendo compressa de gaze ou espuma de poliuretano entre elas.
- Evitar pressão do cadarço contra a pele.
- Atentar-se à umidade, ponto importante na prevenção de LPP, trocando a gaze ou a espuma de poliuretano sempre que estiverem saturadas.

Gastrostomia/Jejunostomia

- Fixar o cateter na pele em sua extensão, de forma a deixá-lo com a porção inicial verticalizada, sem tração ou posicionamento oblíquo do botão de contato.

Cateter vesical de permanência

- Evitar tração no momento da fixação, mantendo curvatura suficiente para que a movimentação da perna não puxe o cateter.
- Evitar compressão do orifício uretral pelo cateter.
- Alterar o local de fixação diariamente, fazendo rodízio entre as áreas.

A escala de avaliação de risco estabelece, por meio de pontuação, a probabilidade da ocorrência da LPP em um paciente, com base numa série de parâmetros considerados como fatores de risco. Os fatores de risco identificados na fase de avaliação fornecem informações para o desenvolvimento do plano de cuidados.

PONTOS	1	2	3	4
PERCEPÇÃO SENSORIAL	Totalmente limitado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação
UMIDADE	Completamente molhado	Muito molhado	Ocasionalmente molhado	Raramente molhado
ATIVIDADE	Acamado	Confinado à cadeira	Anda ocasionalmente	Anda frequentemente
MOBILIDADE	Totalmente imóvel	Bastante limitado	Levemente limitado	Não apresenta limitações
NUTRIÇÃO	Muito pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente
FRICÇÃO E CISALHAMENTO	Problema	Problema em potencial	Nenhum problema	-

		PROTOCOLO		  	
PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO				CÓDIGO: UPA NSP PT 003	
REVISÃO: 000					
SETOR: NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE		DATA DE ELABORAÇÃO: 02/01/2024	DATA DE REVISÃO: 02/01/2026	PÁGINA: 9/9	
Risco muito alto			6 a 9 pontos		
Risco alto			10 a 12 pontos		
Risco moderado			13 a 14 pontos		
Risco leve			15 a 18 pontos		

RISCO BAIXO (15 A 18 PONTOS)

- 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.

RISCO MODERADO (13 A 14 PONTOS)

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

RISCO ALTO (10 A 12 PONTOS)

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

RISCO MUITO ALTO (≤ 9 PONTOS)

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

Observação: vale ressaltar que a assistência ao paciente deve ser sistematizada e individualizada.

ORIENTAÇÃO PARA O PACIENTE E ACOMPANHANTE

É fundamental que os pacientes e seus acompanhantes sejam orientados sobre as medidas preventivas e sua importância na prevenção de LPP. Muitas dessas medidas podem ser realizadas pelos próprios pacientes e cuidadores, como a hidratação da pele, os reposicionamentos no leito e a vigilância em relação à altura da cabeceira do leito. A autonomia de paciente e cuidador com relação à equipe de saúde deverá ser estimulada.

APROVAÇÃO

ELABORADOR	CONSENSO	APROVADOR
Nome: Wallas dos Reis Função: Enfermeiro Data: 02/01/2024	Nome: Etienne Dilde Cardoso Candido Função: Coordenadora assistencial Data:	Nome: Alan Masahiro N. Sebata Função: Gerente Data: