

Procedimento Operacional Padrão
Serviço de Educação na Enfermagem/06/2017

Plano de Intervenções em Enfermagem:
Prevenção de lesão por pressão

Versão 1.0

Hospital de
Clínicas



Procedimento Operacional Padrão
Serviço de Educação na Enfermagem/06/2017

Plano de Intervenções em Enfermagem:
Prevenção de Lesão por Pressão

© 2017, Ebserh. Todos os direitos reservados
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ebserh
www.ebserh.gov.br

Material produzido pelo Serviço de Educação da Enfermagem (SEE) da Divisão de Enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), administrado pela Ebserh

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins comerciais.

Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), administrado pela Ebserh – Ministério da Educação

Plano de Intervenções de Enfermagem: prevenção de lesão por pressão – Serviço de Educação em Enfermagem da Divisão de Enfermagem do HC-UFTM – Uberaba, 2016. 20p.

Descritores: 1 – Processo de Enfermagem; 2 – Enfermagem; 3 – Úlcera por pressão

**HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
ADMINISTRADO PELA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
(EBSERH)**

Avenida Getúlio Guaritá, nº 130
Bairro Abadia | CEP: 38025-440 | Uberaba-MG
Telefone: (034) 3318-5200 | Sítio: www.ebserh.gov.br

JOSÉ MENDONÇA BEZERRA FILHO
Ministro de Estado da Educação

KLEBER DE MELO MORAIS
Presidente da Ebserh

LUIZ ANTÔNIO PERTILI RODRIGUES DE RESENDE
Superintendente do HC-UFTM

DALMO CORREIA FILHO
Gerente de Ensino e Pesquisa do HC-UFTM

AUGUSTO CÉSAR HOYLER
Gerente Administrativo do HC-UFTM

MURILO ANTÔNIO ROCHA
Gerente de Atenção à Saúde do HC-UFTM

RENATA MARIA DIAS DE ABREU
Chefe da Divisão de Enfermagem HC-UFTM

EXPEDIENTE

Serviço de Educação na Divisão de Enfermagem/Divisão de Enfermagem
Núcleo de Segurança do Paciente
Produção

HISTÓRICO DE REVISÕES

Elaborado por:

10/2010Thaís S Guerra Stacciarini –
COREN MG: 106.386Responsável Técnica do Serviço de Educação em Enfermagem (SEE) da Divisão de Enfermagem (DE)
Membro do subcomitê de Lesão por Pressão do Núcleo de Segurança do Paciente

Data	Versão	Revisão	Aprovação
10/2010		Adriana Feliciano Melo Enfermeira do Ambulatório Maria da Glória/HC/UFTM	Gilmar Rosa Silva Diretor de Enfermagem HC-UFTM

04/2013		Thaís Santos Guerra Stacciarini Adriana Feliciano Melo Enfermeiras do SEE/DE/UFTM Luciana Paiva Patrícia Borges Peixoto Eva Claudia Venâncio Sene Comissão de Controle de infecção hospitalar/ Núcleo de Segurança do Paciente	Gilmar Rosa Silva Diretor de Enfermagem HC-UFTM
---------	--	---	--

04/2017	1.0	Thaís Santos Guerra Stacciarini Daniela Galdino Costa Aldenôra Laísa Paiva Carvalho Cordeiro Rosana Huppel Engel Enfermeiras do SEE/DE/UFTM Adriana Feliciano Melo Enfermeira do Ambulatório Maria da Glória/HC/UFTM Carla Maria de Sousa e Oliveira Responsável Técnica da Unidade do Sistema Locomotor Danielle Barbara Silva Motta Ana Laura Mendes Campoi Residência Multiprofissional em Saúde Eva Claudia Venâncio de Senne Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar Luciana Paiva Patrícia Borges Peixoto Unidade de Gestão de Risco Assistencial	Renata Maria Dias de Abreu Chefe da Divisão de Enfermagem HC-UFTM filial Ebserh
---------	-----	---	--

SUMÁRIO

1- CONCEITO	7
2- FINALIDADES	7
3 - OBJETIVOS.....	7
4 - PÚBLICO ALVO.....	7
5- QUANDO APLICAR.....	7
6 - ÂMBITO DE APLICAÇÃO.....	7
7 – RESPONSABILIDADES.....	8
8 – ROTINA INSTITUCIONAL.....	8
9- GRUPO DE RISCO A LPP.....	9
10- FATORES PREDISPOONENTES A LPP.....	9
11- CLASSIFICAÇÃO DE LPP.....	9
12- COMPLICAÇÕES DE LPP.....	10
13- DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM.....	10
14- INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM.....	11
14.1 Clientes com Baixo Risco para LPP.....	11
14.2 Clientes com Moderado Risco para LPP.....	14
14.3 Clientes com Alto/Muito Alto Risco para LPP.....	15
15- REGISTRO	16
16- MONITORAMENTO.....	16
ILUSTRAÇÕES.....	17
REFERÊNCIAS.....	18
ANEXO A (Planilha de Classificação de Risco de LPP	19

Plano de Intervenções em Enfermagem
PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO**1. CONCEITO**

As lesões por pressão (LPP) são danos localizados na pele e/ou tecidos subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante de pressão isolada ou combinada com forças de cisalhamento e/ou fricção. Os riscos aumentam quando somado aos fatores predisponentes intrínsecos da pessoa (NPUAP - *National Pressure Ulcer Advisory Panel*, 2016).

2. FINALIDADE

- Identificar e classificar os clientes com risco para LPP.
- Implementar ações preventivas nos clientes com risco para LPP.
- Identificar precocemente LPP em estágios iniciais.

3. OBJETIVOS

1. Reduzir a incidência de LPP adquiridas durante a hospitalização.
2. Proporcionar atendimento assistencial efetivo, sistematizado, qualificado e, sobretudo, seguro aos clientes e familiares.
3. Reduzir o tempo de hospitalização gerada pelo desenvolvimento de LPP.
4. Promover atualização baseada em evidências científicas, voltada para a realidade de trabalho.
5. Padronizar condutas e materiais no âmbito institucional.
6. Definir responsabilidades da enfermagem no âmbito institucional.
7. Estabelecer barreiras e reduzir variáveis latentes para a instalação de eventos adversos preveníveis.
8. Garantir documentação completa e suficiente para garantir a comunicação efetiva.
9. Fornecer indicadores para estratégias de segurança e melhoria da assistência à saúde.
10. Facilitar a operacionalização da Sistematização da Assistência em Enfermagem.
11. Elevar a satisfação dos clientes quanto a segurança e a qualidade assistencial.
12. Reduzir custos hospitalares.
13. Favorecer a integração assistência, ensino e pesquisa.

4. PÚBLICO ALVO

- Clientes hospitalizados adultos e pediátricos identificados com riscos para o desenvolvimento de LPP (escores nas escalas Braden \leq 18 pontos e Braden Q \leq 16 pontos).

5. QUANDO APLICAR

- Diariamente, durante o tempo de hospitalização do cliente identificado com risco para LPP.

6. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

- Unidades de internação vinculadas a Divisão de Enfermagem do Hospital de Clínicas da

Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM)

7. RESPONSABILIDADES

Enfermeiro

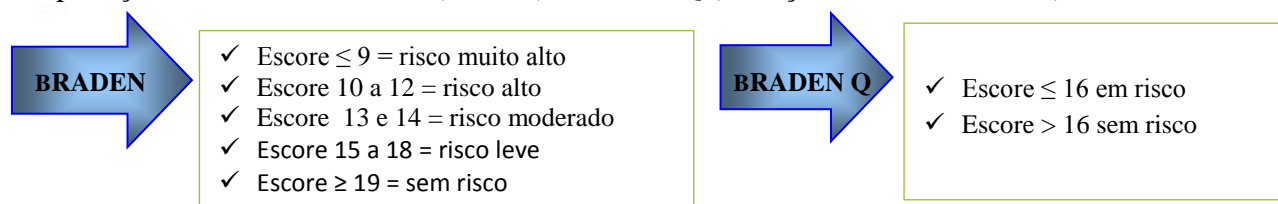
- ✓ Identificar e classificar o perfil de risco do cliente hospitalizado na unidade para subsidiar os indicadores e as intervenções.
- ✓ Prescrever e implementar ações preventivas e de identificação precoce para LPP, de maneira individualizada, utilizando o Aplicativo de Gestão de Hospitais Universitários (AGHU).
- ✓ Notificar o desabastecimento de insumos padronizados para prevenção e as lesões estágios 2 e 3.
- ✓ Avaliar os resultados e reavaliar o plano de intervenções individual, de acordo com a Prática Baseada em Evidências (PBE).
- ✓ Divulgar a incidência de LPP e reavaliar as ações de prevenção, mensalmente.
- ✓ Supervisionar o cumprimento das ações e promover capacitação contínua a equipe de enfermagem.
- ✓ Registrar as ações de intervenção e de monitoramento.

Técnico/Auxiliar de Enfermagem

- ✓ Implementar o plano de intervenções prescrito pelo enfermeiro.
- ✓ Identificar a LPP precocemente e comunicar ao enfermeiro.
- ✓ Registrar as ações de intervenção e de monitoramento.

8. ROTINA INSTITUCIONAL

- O presente Plano de Intervenções de Enfermagem (PIE), fundamentado nas recomendações do protocolo para prevenção de úlcera por pressão do Ministério da Saúde (2013), foi construído estabelecendo os diagnósticos e as intervenções de enfermagem contidos no aplicativo AGHU.
- O uso do formulário institucional “Investigação de enfermagem 24 horas” do processo de enfermagem, pautado no levantamento das necessidades humanas básicas afetadas, norteará o levantamento dos diagnósticos de enfermagem e, por conseguinte, na elaboração de um plano individualizado de intervenções do cliente com risco de desenvolver LPP.
- A identificação e classificação dos clientes quanto ao risco para LPP será obtida por meio da aplicação da escala de Braden (adultos) e Braden Q (crianças 29 dias a 13 anos), mediante os escores:



- As escalas Braden e Braden Q deverão ser aplicadas a todos os clientes hospitalizados, no momento da admissão hospitalar e diariamente. A classificação do escore obtido deverá ser registrada na planilha “Classificação de Risco para LPP” (APÊNDICE A), conforme rotina institucional “Classificação de risco e identificação de lesão por pressão”.
- As intervenções estarão direcionadas para a identificação e avaliação das alterações no estado clínico do cliente quanto a: 1. percepção sensorial (capacidade de reação significativa ao desconforto); 2. umidade (nível de exposição da pele à umidade); 3. atividade (nível de atividade física); 4. mobilidade (capacidade de alterar e controlar a posição do corpo); 5. nutrição (alimentação habitual) e

6- fricção e cisalhamento (retrata a dependência do cliente para a mobilização e posicionamento e sobre o estado de espasticidade, contratura e agitação que podem levar à constante fricção).

- A aplicação do plano de intervenções requererá da equipe de enfermagem, as competências alicerçadas no saber (conhecimento científico), no fazer (capacidade técnica) e no ser (valores pessoais e profissionais).
- A decisão de adotar alguma recomendação em particular deverá ser tomada pelo profissional de saúde tendo em conta os recursos disponíveis e as circunstâncias apresentadas pelo cliente em particular. Nenhuma informação contida neste documento é considerada como uma recomendação clínica para casos específicos.

9. GRUPO DE RISCO A LPP

- Clientes com mobilidade física prejudicada (acamados/cadeirantes)
- Clientes com a percepção sensorial comprometida (térmica e tátil).
- Clientes submetidos à procedimentos anestésicos cirúrgicos (tempo de cirurgia; posições cirúrgicas e tipo de anestesia).
- Clientes com dispositivos médicos e outros artefatos.

10. FATORES PREDISPOANTES A LPP

- Extrínsecos: umidade; calor; pressão, força de cisalhamento e fricção.
- Intrínsecos: índice de massa corporal (IMC) $> 30 \text{ Kg/m}^2$ e $< 14,5 \text{ Kg/m}^2$, anemia, deficiência nutricional proteica; idade avançada (idosos), hipotensão arterial sistêmica, incontinência urinária/fecal, edema, hipertermia, tabagismo, infecções sistêmicas ou locais; comorbidades crônicas (diabetes mellitus; imunossupressão; doenças renal, cardiovascular, neuromuscular e outras); uso de alguns tipos de medicamentos (corticoides; sedativos; anestésicos, vasoativas).

11. CLASSIFICAÇÃO DE LPP (NPUAP, 2016)

- **Estágio 1** – pele íntegra com eritema não branqueável, após a remoção de pressão, ou com alterações na sensação, temperatura ou consistência. No cliente de pele escura pode ser observado a descoloração da pele.
- **Estágio 2** – perda parcial da espessura da pele com exposição da derme. Leito da ferida é viável, rosa ou vermelho, úmida e pode se apresentar como uma flictena com exsudato seroso intacto ou rompido.
- **Estágio 3** – perda da espessura total da pele com exposição de tecido adiposo. O tecido de granulação e a borda despregada estão frequentemente presentes. Esfacelo e/ou escara podem ser visíveis.
- **Estágio 4** – perda da espessura total da pele e perda tissular. Possível comprometimento de fáscia, músculos, ossos, tendões e/ou nervos. Esfacelo e/ou escara podem ser visíveis. Bordas despregadas, descolamentos e/ou tunelização ocorrem frequentemente.
- **Lesão por pressão não estadiável** – perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível, devido a cobertura densa de esfacelo ou escara.
- **Lesão por pressão tissular profunda** – pele intacta ou não intacta com área vermelho escuro persistente não branqueável, descoloração marrom ou roxa ou separação da epiderme revelando um leito da ferida escuro ou com flictena de sangue. Presente dor e alteração de temperatura local.
- **Lesão por pressão relacionada a dispositivo médico** – a lesão em pele geralmente apresenta o

padrão ou forma do dispositivo. Essas lesões são categorizadas pelo sistema de classificação de LPP.

- **Lesão por pressão em membranas mucosas** - lesão em mucosas relacionada ao uso de dispositivos médicos no local do dano. Essas lesões não podem ser categorizadas.

12. COMPLICAÇÕES DA LPP

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Alteração funcional permanente ou temporária • Osteomielite • Danos psíquicos-sócio-espirituais | <ul style="list-style-type: none"> • Sepses • Óbito |
|---|---|

13. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Grupo I - Integridade Cutâneo Mucosa	Observações
<ul style="list-style-type: none"> • Risco para úlcera por pressão (AGHU). 	<ul style="list-style-type: none"> • Priorizar em casos de prevenção e pele íntegra.
<ul style="list-style-type: none"> • Risco para integridade da pele prejudicada (AGHU e <i>North American Nursing Diagnosis Association I</i> - NANDA-I) 	<ul style="list-style-type: none"> • Priorizar em casos de prevenção e pele íntegra.
<ul style="list-style-type: none"> • Integridade da pele prejudicada (AGHU e NANDA-I) 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar quando já houver uma lesão instalada caracterizando o curativo para lesão por pressão.
<ul style="list-style-type: none"> • Integridade Tissular da Pele Prejudicada (AGHU e NANDA-I) 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar em lesões estágio 1. • Lesão por Pressão em mucosas relacionada a dispositivo médico
Grupo II - Percepção dos Órgãos e Sentidos	
<ul style="list-style-type: none"> • Dor Aguda (AGHU e NANDA-I) 	<ul style="list-style-type: none"> • Dor com duração < 6 meses
<ul style="list-style-type: none"> • Dor Crônica (AGHU e NANDA-I) 	<ul style="list-style-type: none"> • Dor com duração > 6 meses
Grupo III – Atividade Física / Mobilidade	
<ul style="list-style-type: none"> • Mobilidade Física Prejudicada (AGHU e NANDA-I) 	
Grupo IV – Necessidades Psicossocial e Psicoespiritual	
<ul style="list-style-type: none"> • Autoestima Prejudicada (AGHU) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Distúrbio na Imagem Corporal (AGHU e NANDA-I) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Atividade Recreativa Deficiente (AGHU) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedade (AGHU e NANDA-I) 	

Grupo V – Segurança e Proteção

- Risco de Infecção (AGHU e NANDA-I)

14. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (AGHU)	COMPLEMENTO
14.1- Clientes com Baixo Risco para LPP (escore 15 a 18)	
✓ Implementar protocolo assistencial para prevenção e tratamento de lesão por pressão. (AGHU)	
<ul style="list-style-type: none"> • Auxiliar a mudança de decúbito / • Estimular movimentação no leito / • Estimular movimentos ativos / 	<ul style="list-style-type: none"> • com alternância de posições de 2/2 horas. • com exercícios com variação de movimentos. Orientá-lo a fazer os movimentos regularmente. • com exercícios de suspensão do próprio peso (eivar a região glútea com apoio dos membros inferiores), pelo maior tempo possível, a cada ____ minutos (15 a 30 min).
<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar posição confortável ao cliente / 	<ul style="list-style-type: none"> • em colchão hospitalar, com alinhamento postural e distribuição do peso.
<ul style="list-style-type: none"> • Manter cabeceira elevada / 	<ul style="list-style-type: none"> • à 30° (considerando a altura do travesseiro), em posição semi-Fowler (Figura 2).
<ul style="list-style-type: none"> • Proteger a pele das proeminências ósseas/ 	<ul style="list-style-type: none"> • de calcâneos, elevando-os acima da superfície da cama, com auxílio de um acolchoado sob a região posterior da perna (Figura 2), mantendo os joelhos levemente flexionados. • não utilizar almofadas tipo argola.
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar banho de leito / • Realizar higiene corporal no chuveiro / 	<ul style="list-style-type: none"> • utilizando sabonete hipoalergênico e água morna, sem massagear a pele sobre proeminências ósseas, 1 vez/dia.
<ul style="list-style-type: none"> • Hidratar a pele / 	<ul style="list-style-type: none"> • sobre as proeminências ósseas com hidratante corporal à base de ácidos graxos essenciais (AGE), sem massagear. Reaplicá-lo a cada 6 horas (aprazamento ajustado as necessidades do cliente) (Figura 3 e

	<p>4)</p> <ul style="list-style-type: none"> • suspender o uso do produto, se o cliente apresentar sudorese intensa ou reações alérgicas. Comunicar e registrar.
<p>14.1- Clientes com Baixo Risco para LPP (continuação)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Implementar cuidados com eliminação urinária. • Realizar a higienização perineal após cada evacuação. • Aplicar barreiras de proteção com cremes e/ou absorventes de umidade / 	<ul style="list-style-type: none"> • Higienizar a pele com água e sabonete hipoalergênico. Secar e aplicar o (creme/fluido protetor cutâneo) nas regiões genital, inguinal e perianal. • nas regiões genital, inguinal e perianal, após a higienização. Suspender o uso do (produto), se reações alérgicas. Comunicar e registrar.
<ul style="list-style-type: none"> • Manter pele seca. • Remover umidade excessiva da pele. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trocar a fralda, sempre que úmida, após a higienização íntima. • Colocar preservativo urinário. • Fornecer/auxiliar no uso do “papagaio” e “comadre”. • Trocar lençóis úmidos. • Proteger a pele adjacente da exposição decorrente de exsudato de feridas. • Envolver coberturas plásticas que estarão em contato com a pele com lençóis (prevenir a elevação da temperatura da pele e facilitar a absorção da transpiração corporal).
<ul style="list-style-type: none"> • Auxiliar o paciente a sentar na cadeira / 	<ul style="list-style-type: none"> • sobre dispositivo almofadado e com os pés apoiados sobre uma banquetta, durante ___ horas, ___vezes/dia. Retornar o cliente ao leito, em casos de hipotensão e outras inconformidades. • Orientar o cliente a suspender a região glútea, usando os braços da cadeira, pelo tempo que suportar, a cada 15 minutos. • Colaborar no plano terapêutico do fisioterapeuta.
<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar fontes de pressão e fricção da pele. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar se os lençóis da cama estão bem esticados, sem dobras ou costuras em contato com a pele. • Não deixar extensões de

	drenos/cateteres e outros sob o cliente.
<ul style="list-style-type: none"> • Verificar o peso do paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicar ao nutricionista/médico, presença de perda de peso. • Colaborar no plano terapêutico do Nutricionista para estimativa de peso (quando não possível utilizar balanças).
14.1- Clientes com Baixo Risco para LPP (continuação)	
<ul style="list-style-type: none"> • Estimular ingestão alimentar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Quantificar a aceitação. Comunicar não conformidades ao enfermeiro/médico/nutricionista. • Identificar os fatores que comprometem a ingestão esperada de nutrientes (dor, engasgos, dispneia, disfagia, preferência alimentar e outros). Comunicar e registrar.
<ul style="list-style-type: none"> • Implementar cuidados com dieta por bomba de infusão. 	<ul style="list-style-type: none"> • Seguir rigorosamente a vazão e horário prescritos.
<ul style="list-style-type: none"> • Estimular ingestão hídrica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Quantificar a ingestão hídrica no formulário de controles. • Inspeccionar sinais associados de desidratação (boca seca; olhos fundos; constipação/diarreia; pele/mucosas desidratadas e outros).
<ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar a pele em busca de pontos hiperemiados / 	<ul style="list-style-type: none"> • edema, dor, tumefação (rigidez) e/ou bolhas, sobre as proeminências ósseas, a cada 6 horas (aprazamento ajustado as necessidades do cliente). Comunicar e registrar não conformidades.
<ul style="list-style-type: none"> • Aferir sinais vitais / 	<ul style="list-style-type: none"> • de ___/___h. Comunicar e registrar não conformidades.
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a dor utilizando escala de intensidade / • Registrar a dor como 5º sinal vital. 	<ul style="list-style-type: none"> • numérica • de fâcies • comportamental de dor (<i>Behavioral Pain Scale -BPS</i>)
<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar recreação no leito. 	<ul style="list-style-type: none"> • Colaborar com o plano terapêutico do Terapeuta Ocupacional.
<ul style="list-style-type: none"> • Interagir com o paciente. • Tranquilizar paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Registrar o resultado da intervenção. • Colaborar com o plano terapêutico do psicólogo.

<ul style="list-style-type: none"> • Sentar e conversar com o paciente. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar o paciente/familiar sobre / • Orientar sobre formas de adaptar-se as suas limitações/ • Estimular o autocuidado. 	<ul style="list-style-type: none"> • os cuidados de prevenção de LPP e mudanças de hábitos no domicílio, mediante entrega do fôlder de cuidados pós alta. • Colaborar no plano terapêutico do Assistente Social.
<p>14.1- Clientes com Baixo Risco para LPP (continuação)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Implementar cuidados com sonda nasoentérica. • Alternar local da passagem da sonda gástrica. • Implementar cuidados com a contenção mecânica. • Implementar cuidados com a traqueostomia. • Implementar cuidados com sondagem vesical de demora. • Implementar cuidados com dreno. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • Proteger a pele com placa de hidrocoloide.
<p>14.2 Clientes com Moderado Risco para LPP (escore 13 a 14)</p>	
<p align="center"><u>“Incluir as intervenções para clientes com baixo risco para LPP”</u></p>	
<p>✓ Implementar protocolo assistencial para prevenção e tratamento de lesão por pressão. (AGHU)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar a mudança de decúbito / 	<ul style="list-style-type: none"> • lateral direito, dorsal, lateral esquerdo, de __ em __ horas (aprazamento máximo de 2 horas). • lateral inclinado a 30°, com dispositivos acolchoados (travesseiro ou trapézio de espuma de poliuretano e outros) entre as proeminências ósseas, com suporte para o braço e costas (Figura 1). • Comunicar e registrar intolerâncias de posição e no aprazamento determinado.
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar movimentos passivos / • Estimular movimentos ativos / 	<ul style="list-style-type: none"> • Colaborando com o plano terapêutico do Fisioterapeuta.

<ul style="list-style-type: none"> • Manter colchão de fluxo de ar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar se está cheio, sem vazamentos, a cada plantão.
<ul style="list-style-type: none"> • Proteger a pele para evitar rompimento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar recursos como lençol móvel ou o “passante” para promover a mobilidade no leito ou transferência.

14.2 Clientes com Moderado Risco para LPP (continuação)

<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar bota protetora para calcâneo e maléolo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proteger a espuma com uma compressa de pano limpa. Descartar a bota protetora de espuma, se presente sujidades. • Colaborar com o plano terapêutico do Terapeuta Ocupacional /Fisioterapeuta com o uso de órteses.
<ul style="list-style-type: none"> • Proteger a pele das proeminências ósseas / 	<ul style="list-style-type: none"> • com cobertura protetora (placa de hidrocoloide finas ou filme transparente de poliuretano não esterilizado). • remover a placa de hidrocoloide 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.

14.3 - Intervenções para Alto e Muito Alto Risco para LPP (score ≤ 12)

“Incluir as intervenções para clientes com baixo e moderado riscos para LPP”

✓ Implementar protocolo assistencial para prevenção e tratamento de lesão por pressão. (AGHU)

<ul style="list-style-type: none"> • Promover segurança e conforto / • Proporcionar posição confortável ao cliente / 	<ul style="list-style-type: none"> • com colchões pneumáticos com ciclo alternado de ar.
<ul style="list-style-type: none"> • Investigar com paciente fatores que aliviam/pioram a dor como: posicionamento, aplicação de calor ou frio, repouso ou movimento, durante respiração profunda ou tosse. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicar ao enfermeiro não conformidades. Registrar.
<ul style="list-style-type: none"> • Administrar analgesia após avaliação / 	<ul style="list-style-type: none"> • de intensidade de dor, conforme prescrição (prescrição médica de analgesia “se

	necessário”). Registrar.
• Reavaliar a dor de 30 minutos a 1 hora após manejo.	• Registrar o resultado no formulário de sinais vitais.
• Medicação para dor antes dos procedimentos /	• banho no leito, curativos, mudança de decúbito e outros, conforme prescrição médica. Registrar.

15. REGISTRO

- Registrar a classificação de risco para LPP, obtida por meio da aplicação das escalas Braden e Braden Q, no formulário “Investigação 24 horas”, na planilha “Classificação de Risco para LPP” (APÊNDICE A) e na placa de identificação a beira leito do cliente. (Enfermeiro)
- Registrar os achados do exame físico no formulário “Investigação 24 horas”. (Enfermeiro)
- Checar as intervenções de enfermagem e registrar as ocorrências, intercorrências e medidas tomadas no formulário “anotação de enfermagem”. (Técnico de enfermagem; Enfermeiro)
- Registrar os parâmetros clínicos no formulário de controle de sinais vitais. (Técnico de enfermagem; Enfermeiro)
- Registrar a evolução de enfermagem diária no formulário “Investigação 24 horas”. (Enfermeiro)

16. MONITORAMENTO

Indicadores de processo

- ✓ Percentual (%) de clientes submetidos a avaliação de risco para LPP
- ✓ Incidência de LPP.

Incidência: $\frac{\text{n}^\circ \text{ de casos novos}}{\text{n}^\circ \text{ de clientes expostos ao risco de adquirir LPP}} \times 100$

ILUSTRAÇÕES



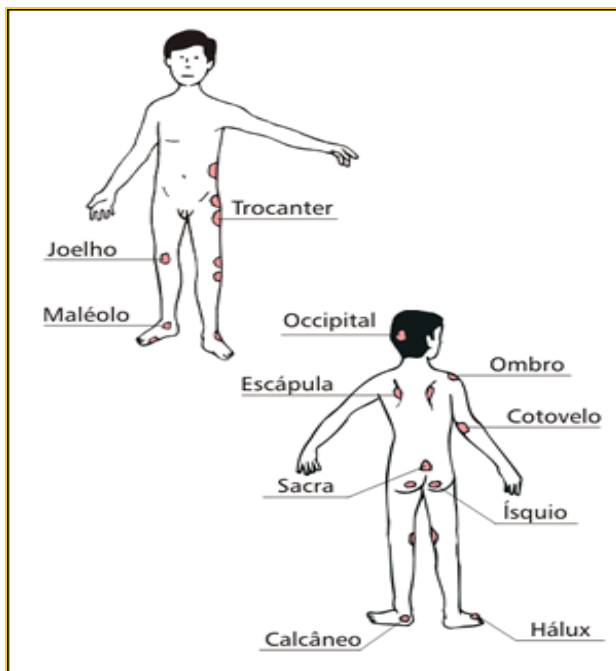
geriderme.blogspot.com

Figura 1. Cliente posicionado em decúbito lateral com utilização de acolchoados em áreas de maior pressão.



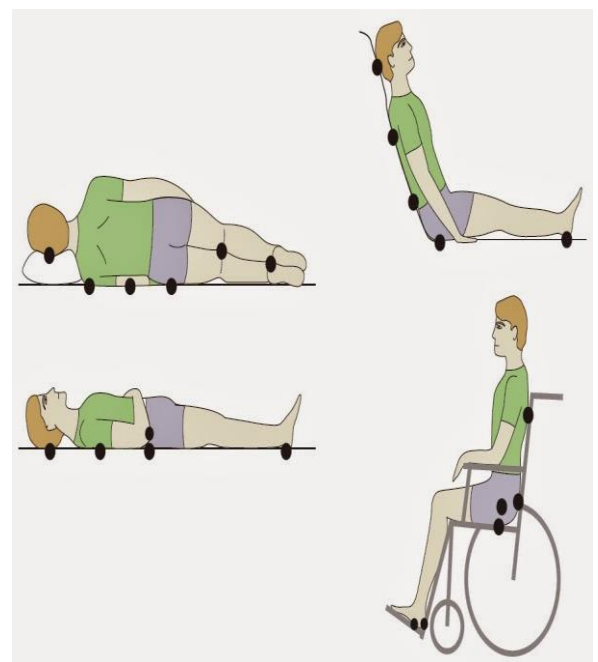
geriderme.blogspot.com

Figura 2. Posição semi-Fowler. Cliente posicionado em decúbito dorsal com utilização de dispositivo sob a panturrilha



geriderme.blogspot.com

Figura 3. Locais de risco para a instalação da LPP



luizamarques2015.blogspot.com.br



Figura 4. Pontos de risco para a instalação da LPP

REFERÊNCIAS

1. AGHU. Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários.2009. disponível em: <https://aghu.hctm.ebserh.net/aghu/pages/casca/casca.xhtml>. Acesso: 19-01-2017.
2. MORAES, J.T.; BORGES, E.L LISBOA, CR et al. Conceito e classificação de lesão por pressão: atualização do National Pressure Ulcer Advisory Panel. **Enferm. Cent. O. Min.**, v. 6, n.2, 2016.
3. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). Pressure Ulcer Stages Revised. Washington, 2016.
4. OLKOSKI, E; ASSIS, G. M. Aplicação de medidas de prevenção para úlceras por pressão pela equipe de enfermagem antes e após uma campanha educativa. **Esc. Anna Nery.**, v.20, n.2. 2016.
5. SÁ, D. L. F; ARAÚJO, M. M.O. **Qualificação dos enfermeiros quanto a prevenção de úlcera por pressão no hospital geral de Sergipe** [monografia]. Universidade Tiradentes de Sergipe. 2016.
6. SANTOS C.T; ALMEIDA M.A; LUCENA A.F. The Nursing Diagnosis of risk for pressure ulcer: content validation. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, 2016.
7. MCNICHOL, L et al. Identifying the right surface for the right patient at the right time: generation and content validation of an algorithm for support surface selection. **Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing**, St Louis, v. 42, n. 1, p. 19-37, 2015.
8. NANDA INTERNACIONAL. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I (2015- 2017)**. Tradução de Regina Machado Garcez. 10. ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2015.
9. SILVA ROCHA, L. E. et al. Prevenção de úlceras por pressão: avaliação do conhecimento dos profissionais de enfermagem. **Cogitare Enfermagem.**, v. 20, n. 3, set. 2015.
10. MOORE ZEH; COWMAN S. Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. 2014.
11. EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL AND NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (EPUAP/NPUAP). Treatment of pressure ulcers: Quick Reference Guide. Washington DC: **National Pressure Ulcer Advisory Panel**. 2.ed, 2014.
12. SANTOS CT. **Desenvolvimento e validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem risco de úlcera por pressão** [dissertação de mestrado]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2014.
13. SHIESARI, L.; PETROLINO, H.M.B.S. **Qualidade e segurança no cuidado ao cliente**. Caderno do curso 2014. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; Ministério da Saúde, 2014.
14. UNITED KINGDON. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). **Pressure Ulcers: prevention and management of pressure ulcers**. London, 2014.
15. BRASIL. Ministério da Saúde; Anvisa; Fiocruz. **Protocolo para prevenção de úlcera por pressão**. Brasília, 2012.
16. CHOU R; DANA T, BOUGATSOS C; et al. Pressure ulcer risk assessment and prevention: a systematic comparative effectiveness review. **Ann Intern Med.**, 2012.
17. FERREIRA, A. M. et al. Conhecimento e prática de acadêmicos de enfermagem sobre cuidados com portadores de feridas. **Esc. Anna Nery.**, v. 17, n. 2, abr/jun. 2012.
18. ROGENSKI, N.M.B et al. Incidência de úlceras por pressão após a implementação de um protocolo de prevenção. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 20, n. 2. 2012.
19. IANZER, C. R. C. H. et al. Inserção de profissionais de saúde no contexto da prevenção e tratamento de úlcera por pressão. **Revista Contexto e Saúde**. v.10. n. 20, Jan/Jun. 2011.
20. GLÓRIA, M. B; JOANE, M. D; HOWARD, K. B. **Classificação das intervenções de enfermagem NIC**. 5. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
21. MUNRO, C.A. The development of a pressure ulcer risk-assessment scale of perioperative patients. **AORN JOURNAL**, v. 92, n. 3, p. 272-87, 2010.
22. BECKMAN, D.; SCHOONHOVEN, L.; FLETCHER, J et al. Pressure ulcers and incontinence-associated dermatitis: effectiveness of the pressure ulcer classification education tool on classification by nurses. **Qual Saf Health Care**, p. 1-4, 2010.
23. BRADEN, BJ; MAKLEBUST, J. Preventing pressure ulcers with the Braden scale. **Am J Nurs.**, 2005.

ANEXO A



Planilhas de Classificação de Risco de Lesão Por Pressão (Adulto e Pediátrico)
(resumido)

	Classificação de Risco e Identificação de Lesão por Pressão (LPP) – Cliente Adulto Hospital de Clínicas – Divisão de Enfermagem	
---	--	---

Unidade/Enfermaria: _____

Mês: _____ / 2017

Data	Turno	Nº de clientes/Risco de LPP (Braden)				Nº de Lesões/Classificação de LPP (NPUAP)					Nº Clientes Admitidos	Nº Clientes Admitidos Avaliados	Nº Clientes Internados	Nº Clientes Internados Avaliados	Total/Dia	Enfermeiro (a)/Coren	
		Sem Risco (≥19)	Leve (15-18)	Moderado (13-14)	Alto (≤12)	Estágio 1	Estágio 2	Estágio 3	Estágio 4	NE/TP							
	M																
	T																
	N																
	M																
	T																
	N																
	M																
	T																
	N																
	M																
	T																
	N																

	Classificação de Risco e Identificação de Lesão por Pressão (LPP) – Cliente Pediátrico Hospital de Clínicas – Divisão de Enfermagem	
---	--	---

Unidade/Enfermaria: _____

Mês: _____ / 2017

Data	Turno	Nº de clientes/Risco de LPP (Braden-Q)		Nº de Lesões/Classificação de LPP (NPUAP)					Nº Clientes Admitidos	Nº Clientes Admitidos Avaliados	Nº Clientes Internados	Nº Clientes Internados Avaliados	Total/Dia	Enfermeiro (a)/Coren		
		Baixo Risco (>16)	Em Risco (≤16)	Estágio 1	Estágio 2	Estágio 3	Estágio 4	NE/TP								
	M															
	T															
	N															
	M															
	T															
	N															
	M															
	T															
	N															
	M															
	T															
	N															

**HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO
MINEIRO
ADMINISTRADO PELA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
– EBSERH**

Unidade de Clínica Médica
Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional
Avenida Getúlio Guaritá, 130
Bairro Abadia | CEP: 38025-440 | Uberaba-MG |
Telefone: (34) 3318-5335 | Sítio: www.ebserh.gov.br/web/hc-uftm