

	Procedimento Operacional Padrão (POP)		
	<u>Assistência de Enfermagem</u>	POP NEPEN/DE/HU	
	Título Prevenção de lesão por pressão	Versão 01	Próxima revisão: 2018
Elaborado por: Michel Maximiano Faraco		Data da criação: 2016	
Revisado por: Tatiane Lazzaroto e Elaine Alano Guimarães Medeiros		Data da revisão: 2017	
Aprovado por: Diretoria de Enfermagem		Data da aprovação: 29/09/2017	
Local de guarda do documento: Rede/Obelix/POP			
Responsável pelo POP e pela atualização: Membros permanentes do NEPEN e Diretoria de Enfermagem			
Objetivo: Assegurar integridade cutânea			
Setor: UTI	Agentes: Enfermagem		
1. CONCEITO			
São lesões localizadas, nas quais a pele, o tecido, o músculo e até mesmo o osso, sofrem um processo destrutivo, causado pela oclusão da circulação sanguínea, devido à pressão demorada.			
2. MATERIAIS NECESSÁRIOS			
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Coxins ▶ Travesseiros ▶ Hidratantes ou Ácidos Graxos Essenciais (AGE) 			

3. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- ▶ Realizar avaliação de lesão por pressão (LPP) na admissão de todos os pacientes: lesões existentes e riscos (considerar os fatores mobilidade, incontinência, déficit sensitivo e estado nutricional, incluindo desidratação).
- ▶ Realizar a reavaliação diária de risco de desenvolvimento de LPP de todos os pacientes internados, conforme Escala de Braden.
- ▶ Realizar a inspeção diária da pele dos pacientes com moderado e elevado risco: ter especial atenção às áreas corporais de maior risco para LPP, como as regiões anatômicas sacral, calcâneo, ísqiuo, trocanter, occipital, escapular, maleolar e regiões corporais submetidas à pressão por dispositivos como a presença de cateteres, tubos e drenos.
- ▶ Realizar o diagnóstico diferencial para a distinção entre os tipos de lesões (úlceras por pressão, úlcera arterial, úlcera venosa, úlcera neuropática e dermatites).
- ▶ Manter o paciente limpo e seco. É recomendada a utilização de água morna e clorexidine degermante para limpeza corporal.
- ▶ Usar hidratantes na pele seca e em áreas ressecadas, principalmente após banho, pelo menos uma vez ao dia. 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.
- ▶ Notificar todos os pacientes em risco nutricional ou em risco para LPP 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 protéico, além da dieta habitual, a pacientes em risco nutricional e de LPP.
- ▶ Executar as mudanças de decúbito, a cada 3 horas, para reduzir a duração e a magnitude da pressão exercida sobre áreas vulneráveis do corpo. A frequência da mudança de decúbito será influenciada por variáveis relacionadas ao paciente (tolerância tecidual, nível de atividade e mobilidade, condição clínica global, objetivo do tratamento, condição individual da pele, dor e pelas superfícies de redistribuição de pressão em uso).
- ▶ Manter os calcâneos livres de pressão, com o auxílio de um travesseiro na região posterior da perna, permitindo que os joelhos apresentem ligeira flexão.
- ▶ Utilizar superfícies de redistribuição de pressão: coxins ou colchões especiais (pressão alternada, por exemplo).

4. CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

Riscos:

- ▶ LPP

Prevenção de agravo:

- ▶ Seguir procedimento técnico

Tratamento da não conformidade:

- ▶ Comunicar as intercorrências ao enfermeiro e realizar os registros necessários
- ▶ Assegurar tratamento dos agravos e atenção à família

Observações/Recomendações complementares:

- ▶ Sempre usar EPI
- ▶ Realizar os registros necessários após os procedimentos
- ▶ Manter o local em ordem
- ▶ A massagem está contra-indicada na presença de inflamação aguda e onde existe a possibilidade de haver vasos sanguíneos danificados ou pele frágil
- ▶ Além da incontinência urinária e fecal, deve-se dar 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
- ▶ A equipe de enfermagem deve usar forro móvel ou dispositivo mecânico de elevação para mover pacientes acamados durante transferência e mudança de decúbito
- ▶ Se o paciente não responde ao regime de posicionamentos conforme o esperado, reconsiderar a frequência e método dos posicionamentos
- ▶ Quando sentado, se os pés do paciente não chegam ao chão, coloque-os sobre um banquinho ou apoio para os pés

5. REFERÊNCIAS

CINTRA, E. A.; NISCHIDE, V. M.; NUNES, W. A. **Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo**. São Paulo: Atheneu, 2003.

HUDAK, C. M.; GALLO, B. M. **Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística**. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

PRADO, M. L.; GELBCKE, F. L. **Fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem**. Florianópolis: Cidade Futura, 2013.