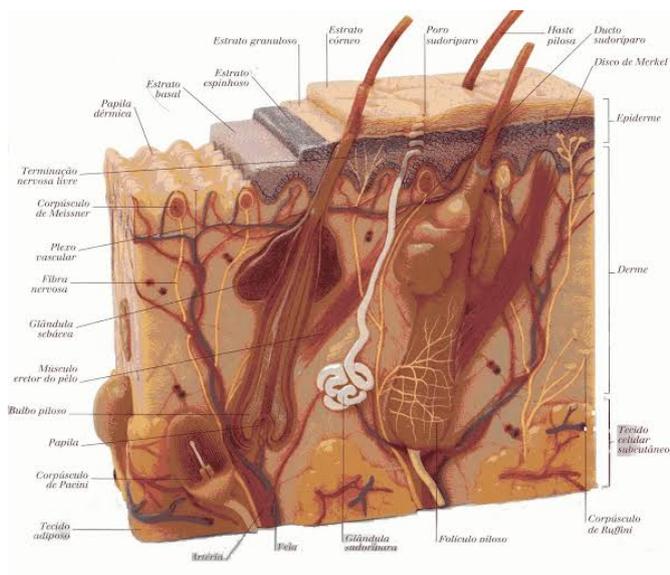


Protocolo de Prevenção de Lesões de Pele



Fonte: <http://blog.bcmed.com.br/2018/12/camadas-da-pele/>

Elaboração:

Andréia Cristine Deneluz Schunck de Oliveira

Mariana Takahashi Ferreira Costa

Sayonara Scotá

Maio/2010

Revisão:

Mariana Takahashi Ferreira Costa

Outubro/2019

Índice

1. Introdução
2. Definição de Lesões por Pressão
3. Etiologia das Lesões por Pressão
4. Classificação das Lesões por Pressão
5. Áreas de risco para Lesões por Pressão
6. Definição de Dermatite Associada à Incontinência (DAI)
7. Fisiopatologia de DAI
8. Definição de lesão por adesivo
9. Fisiopatologia das lesões por adesivo
10. Definição de lesão cutânea associada à umidade
11. Fisiopatologia da lesão cutânea associada à umidade
12. Definição de Lesão por fricção
13. Fisiopatologia da lesão por fricção
14. Objetivos da Prevenção das Lesões de Pele
15. Prevenção das Lesões de Pele
- 15.1 Medidas de Prevenção das Lesões de Pele
- 15.1.1 Lesões por pressão
- 15.1.2 Dermatite associada à incontinência
- 15.1.3 Lesões por adesivos
- 15.1.4 Lesões por excesso de umidade
- 15.1.5 Lesões por fricção
16. Referências

1. Introdução

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.

A manutenção da integridade da pele dos pacientes restritos ao leito tem por base o conhecimento e a aplicação de medidas de cuidado relativamente simples. A maioria das recomendações para avaliação da pele e as medidas preventivas podem ser utilizadas de maneira universal, ou seja, tem validade tanto para a prevenção de Lesão por Pressão (LP) como para quaisquer outras lesões da pele.

Diferentemente de boa parte das alterações de pele, a LP tem sido alvo de grande preocupação para os serviços de saúde, pois a sua ocorrência causa impacto tanto para os pacientes e seus familiares, quanto para o próprio sistema de saúde, com o prolongamento de internações, riscos de infecção e outros agravos evitáveis.

As Lesões por Pressão constituem uma problemática social e de saúde, representam um dos maiores desafios para a enfermagem, requerendo destes profissionais, além de conhecimentos científicos específicos, muita sensibilidade e sentido de observação com relação à manutenção da integridade da pele dos pacientes sob seus cuidados, principalmente aqueles que apresentam maior risco de déficit tegumentar em razão da longa permanência na mesma posição, ocasionada por patologias, como lesões neurológicas ou qualquer outro comprometimento que determine permanência prolongada no leito ou em cadeira de rodas. A abordagem, nestes casos, deve ser multiprofissional, pois só o envolvimento da equipe interdisciplinar pode contribuir para sua prevenção e tratamento⁽¹⁾

Estudos apontam uma incidência desse tipo de lesão no mundo de 4 à 10%^(4 ; 2 ; ; 3,5).

No Brasil, os estudos apontam uma variação muito grande na incidência fluando de 23%⁽⁶⁾ à 50%⁽⁷⁾.

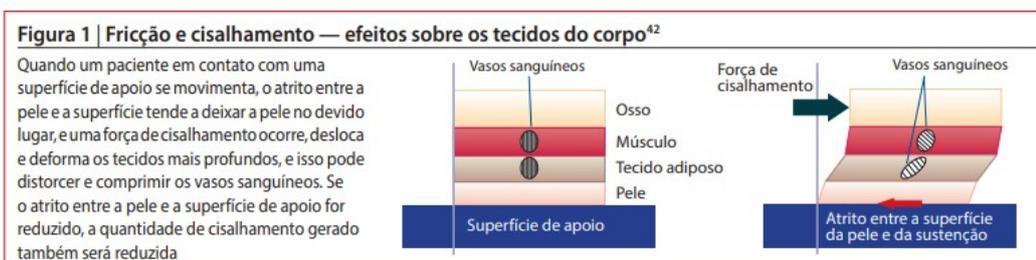
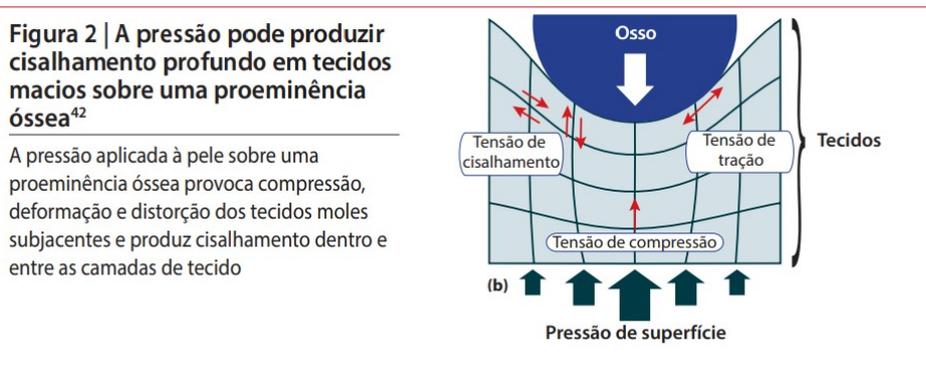
O problema da Lesão por Pressão (LP) causa dor, sofrimento e incapacidade. As LPs têm sérias consequências sociais e econômicas e, na pior das hipóteses, pode resultar em morte devido à septicemia.

É necessário reconhecer a importância do tratamento de feridas para promoção de políticas de saúde adequadas; para isso, é necessário formar profissionais qualificados

que orientem os tratamentos por meio de protocolos institucionais competentes e seguros, considerando que a padronização dos produtos é fator decisivo na eficácia e na redução dos custos. Ressaltamos que todo tratamento deve ser individualizado e deve considerar além da evolução da lesão e dos fatores socioeconômicos e operacionais envolvidos, o ser humano em toda a sua dimensão biopsicosocial e espiritual e também o ambiente do cuidado⁽⁸⁾.

2. Definição de Lesões por Pressão

As Lesões por Pressão são definidas como um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa. A lesão ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição^{(9) (10)}.



Fonte: Documento de Consenso da WUWHS, 2016

3. Etiologia das Lesões por Pressão

A etiologia das lesões por pressão é multifatorial, com a pressão sobre a pele e tecidos subcutâneos do paciente sendo o principal fator. Entretanto, outros fatores extrínsecos tais como o cisalhamento e o atrito, e o aumento da temperatura e umidade da pele (microclima adverso) também podem estar envolvidos, somados a outros fatores intrínsecos e situacionais⁽¹¹⁾.

Intrínsecos

- Estado geral
- Idade
- Mobilidade reduzida
- Déficit neurológico
- Estado nutricional reduzido
- Peso corporal
- Incontinência
- Suprimento deficitário de sangue

Situacionais

- Posicionamento inadequado
- Restrições ao movimento
- Longo tempo deitado
- Técnicas inadequadas de mobilização e manuseio
- Má higiene
- Sedativos⁽¹²⁾

Carga Mecânica

A carga mecânica compreende todos os tipos de força que são aplicados ao tecido mole de um indivíduo como resultado de contacto entre a pele e uma superfície sólida (incluindo superfícies de suporte cheias de ar ou cheias de água, dispositivos e outras superfícies do corpo). Inclui forças transportadas pelas estruturas ósseas e transmitidas através o tecido mole à superfície de apoio. Cargas mecânicas são freqüentemente caracterizadas como sendo uma força normal (uma força perpendicular à superfície da pele) ou uma força de cisalhamento (uma força paralela à superfície da pele). Na maioria

Em situações práticas, a força que interage é uma combinação de uma força normal e uma força de cisalhamento.

Pressão é definida como força normal por área de superfície unitária⁽¹³⁾.

4. Classificação das Lesões por Pressão

As Lesões por Pressão são categorizadas para indicar a extensão do dano tissular.

Lesão por Pressão Estágio 1: 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 preceder as mudanças visuais. Mudanças na cor não incluem descoloração púrpura ou castanha; essas podem indicar dano tissular profundo.

Lesão por Pressão Estágio 2: 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 vermelha, úmido e pode também apresentar-se como uma bolha intacta (preenchida com exsudato seroso) ou rompida. O tecido adiposo e tecidos profundos não são visíveis. 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 (DAI), a dermatite intertriginosa, a lesão de pele associada a adesivos médicos ou as feridas traumáticas (lesões por fricção, queimaduras, abrasões).

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

Lesão por pressão Estágio 4: 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 freqüentemente. 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.

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.

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 freqüentemente 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). Não se deve utilizar a categoria Lesão por Pressão Tissular Profunda (LPTP) para descrever condições vasculares, traumáticas, neuropáticas ou dermatológicas.

Definições adicionais:

Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico

Essa terminologia descreve a etiologia da lesão. 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⁽¹⁴⁾.

Indicador de qualidade

São considerados Never Events relacionados às lesões por pressão e passíveis de notificação ao SNVS pelos NSP:

- Lesão por Pressão Estágio 3: Perda da pele em sua espessura total, na qual o tecido adiposo é visível sem exposição de fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso;

- Lesão por pressão Estágio 4: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular com exposição ou palpação direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso⁽¹⁾.

5. Áreas de Risco para Lesões por Pressão

As regiões afetadas são aquelas de proeminências ósseas, como:

- Calcâneo
- Maléolo
- Crista ilíaca
- Isquiática
- Escapular
- Occipital
- Cotovelo
- Sacro coccígea
- Áreas com dispositivos médicos

A gravidade e a profundidade da lesão variam de acordo com o grau de pressão exercido, tração, fricção, maceração e tempo de permanência do paciente na mesma posição, desconforto no leito, condições de higiene, nutricionais e imunológicas apresentadas. As Lesões por Pressão profundas começam a se desenvolver na interconexão entre as proeminências ósseas e os tecidos moles e não na pele, sendo maior parte do agravo localizada nos tecidos profundos. Superficialmente este processo pode ser percebido pelo aparecimento de edema, endurecimento, aumento da temperatura local e aparecimento de eritema⁽¹³⁾.

6. Definição de Dermatite Associada à Incontinência (DAI)

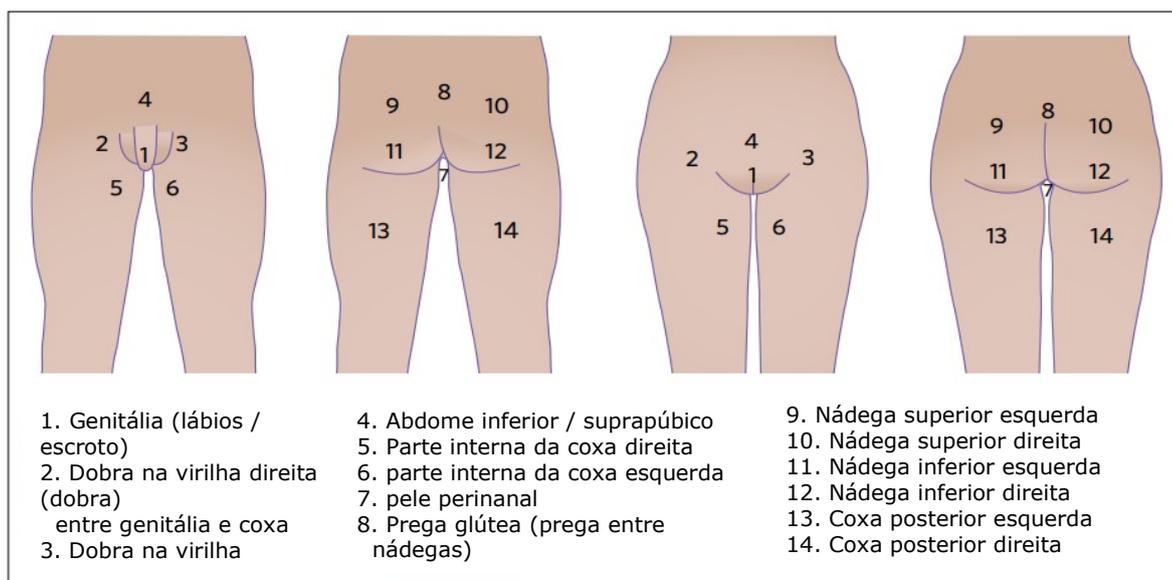
A dermatite associada à incontinência (DAI) representa um desafio significativo à saúde em todo o mundo e é um fator de risco bem reconhecido para o desenvolvimento de úlcera por pressão⁽¹⁵⁾.

A dermatite associada à incontinência (DAI) descreve os danos na pele associados à exposição à urina ou fezes. É uma forma de dermatite irritativa que Causa desconforto

considerável. Também é conhecida como dermatite perineal, assaduras e dermatite de fraldas^(15,16,17).

Estudos demonstram que a prevalência de DAI apresenta variação entre 5,6% a 50%, e a incidência de 3,4% a 25%^(15, 16, 17).

Áreas que podem ser afetadas



Tradução livre. Fonte: Beeckman D et al., 2015

7. Fisiopatologia da DAI

A exposição repetitiva à umidade compromete a função barreira da pele. O uso de dispositivos absorventes ou para contenção da urina e fezes pode exacerbar a irritação por promover oclusão prolongada e hiperhidratação da pele. Com a exposição à urina e / ou fezes, a pele fica mais alcalina, resultado da conversão de uréia em amônia alcalina pelas bactérias da pele ou enzimas digestivas presentes nas fezes. A outra via patogênica da DAI se dá através do dano causado ao extrato córneo pelas enzimas digestivas presentes nas fezes, as quais se encontram em maior quantidade em fezes líquidas^(15,16,17).

O gerenciamento inadequado da incontinência também pode contribuir para o desenvolvimento da DAI. Por exemplo: ■ exposição prolongada à urina e fezes devido a trocas de fraldas pouco frequentes ou limpeza ineficiente ■ produtos protetores da pele oclusivos espessos pode limitar a captação de fluidos dos produtos absorventes para incontinência²⁸, causando superhidratação do estrato córneo ■ a limpeza frequente da pele com água e sabão em barra é prejudicial à função de barreira da pele, ■ técnica de limpeza agressiva (por exemplo, usando panos regulares) pode aumentar as forças de atrito e desgastar a pele⁽¹⁵⁾.

A DAI e as úlceras por pressão têm vários fatores de risco em comum e ambas as condições ocorrem com maior frequência em pacientes com problemas de saúde e problemas de mobilidade. Uma vez instalada a DAI, existe um alto risco de desenvolvimento de lesão por pressão. O risco de desenvolver lesões por pressão aumenta à medida que o escore de gravidade da DAI aumenta⁽¹⁵⁾.

8. Definição de lesão por adesivo

Os adesivos são componentes de uma variedade de produtos, incluindo as fitas adesivas, curativos, eletrodos, dispositivos para ostomias. Eles oferecem segurança para dispositivos e produtos, facilitam a proteção e cicatrização da pele e permitem monitorização não-invasiva.

A lesão na pele relacionada ao uso de adesivo médico é uma complicação prevalente, porém pouco reconhecida, que ocorre em todos os locais de atendimento e em todas as faixas etárias⁽¹⁸⁾.

Se não for utilizada a técnica adequada para aplicação e / ou remoção de produtos adesivos, as camadas superficiais da pele são removidas juntamente com o produto adesivo, o que não afeta apenas a integridade da pele, mas pode causar dor e risco de infecção, aumentar o tamanho da ferida e retardar a cicatrização, impactando na segurança e qualidade de vida do paciente e aumentando os custos com saúde⁽¹⁸⁾.

A lesão na pele ocorre quando a fixação da pele ao adesivo é mais forte do que a fixação entre as células da pele. A falha coesiva ocorre quando a força adesiva excede a força das interações entre as células da pele. Como resultado, as camadas epidérmicas se separam ou a epiderme se separa completamente da derme⁽¹⁸⁾.

A lesão de pele por adesivo é um acontecimento no qual eritema e/ou outra manifestação de anormalidade cutânea (incluindo, mas não limitada a, vesícula, bolha, erosão ou dilaceração) persiste por 30 minutos ou mais após a remoção do adesivo.

A prevalência de lesões na pele devido a adesivos é amplamente desconhecida. Em um estudo de coorte prospectivo de idosos internados em um centro de cuidados de longa duração, a incidência cumulativa de lesão na pele causada por fita adesiva foi de 15,5%. O uso de adesivos também foi identificado como a principal causa de lesão cutânea em pacientes de unidade de terapia intensiva neonatal em pesquisa de enfermagem projeto de utilização envolvendo 2820 recém-nascidos⁽¹⁸⁾.

Os fatores de risco podem ser classificados como intrínsecos ou extrínsecos:

Intrínsecos: extremos de idade, raça, condições dermatológicas, doenças de base, desnutrição, desidratação.

Extrínsecos: ressecamento da pele, exposição prolongada à umidade, determinadas medicações (antiinflamatórios, anticoagulantes, quimioterápicos, uso prolongado de corticosteroides), radioterapia, fotodermatose, remoção de fita/curativo/dispositivo, uso repetitivo de adesivos.

9. Fisiopatologia da lesão por adesivo

A lesão ocorre quando a aderência da pele ao adesivo é mais forte que a aderência intercelular. A falha na coesão acontece quando a força de adesividade ultrapassa a força das interações intercelulares. Como resultado, as camadas epidérmicas se separam ou a epiderme se separa completamente da derme.

Mesmo quando não há trauma visível, a remoção de adesivos usualmente resulta em destacamento de várias camadas superficiais da epiderme e a aplicação e remoção repetida resulta em comprometimento da função barreira da pele, deflagrando inflamação e o processo de reparação tecidual. Adesivos médicos são um contribuinte comum para as skin tears e são uma preocupação crítica no cuidado de idosos e para pacientes com pele comprometida⁽¹⁸⁾.

10. Definição de lesão cutânea associada à umidade

A lesão cutânea associada à umidade ou Moisture-associated skin damage (MASD) é causada pela exposição prolongada a diversas fontes de umidade, inclusive urina e fezes, transpiração, secreção de feridas, muco e saliva. Esta lesão é caracterizada por inflamação da pele, com ou sem erosão ou infecção secundária associada.

11. Fisiopatologia da lesão cutânea associada à umidade

As lesões cutâneas associadas à umidade são decorrentes de um processo inflamatório desencadeado por dano causado à matriz hidro-lipo-proteica da pele devido ao contacto prolongado com a substância irritativa (urina e fezes, transpiração, secreção de feridas, muco e saliva). Dependendo da fase e do tipo de lesão da dermatite pode-se observar edema, eritema, vesículas, erosão cutânea, exsudação, crostas, descamação e prurido⁽¹⁹⁾.

Os sintomas das dermatites de contacto provocadas pela umidade passam pela sensação de ardor e prurido. As lesões podem ser superficiais, irregulares com os bordos difusos e dispersas ou então pode aparecer sob a forma linear limitada ao sulco anal ⁽²⁰⁾. Para que se possa afirmar que a causa de uma lesão é a umidade este mesmo factor tem que estar presente, como por exemplo a existência de urina, fezes ou suor.

A prevenção das dermatites de contato é um aspecto muito importante nos cuidados à pele tendo como objetivos minimizar o agravamento de lesões já existentes e

o aumento da sua incidência. A prevenção passa por várias intervenções, nomeadamente, uma adequada limpeza e secagem da pele, o uso da cobertura mais adequada em caso de lesão e a utilização de produtos barreira.

Produtos barreira são aqueles que conferem um revestimento impermeável ao excesso de umidade ou à ação irritativa da urina e fezes. São exemplo de produtos barreira a película polimérica e as preparações à base de óxido de zinco, petrolato e dimeticone.

A película polimérica é constituída por diferentes componentes cuja fórmula varia de laboratório para laboratório, mas de uma forma geral contêm polímeros de acrilato.

Os cremes barreira são outro recurso que pode ser utilizado para a prevenção e tratamento de tais lesões⁽²¹⁾.

12. Definição de Lesão por fricção

Lesões por fricção (LFs) são feridas traumáticas que ocorrem principalmente nas extremidades e em idosos, causadas por cisalhamento, fricção e/ou força bruta, resultando na separação das camadas da pele⁽²²⁾.

Estima-se que a prevalência de ruptura de pele em cuidados de longa duração esteja entre 16-33% (EUA), 10-54% (Austrália), 14,7% (Canadá)⁽²³⁾, 30% em cuidados paliativos, 25,7% em pacientes com lesão medular, 20% na comunidade e 17% em cuidados agudos pediátricos⁽²⁴⁾.

Fatores de risco:

- extremos de idade;
- sexo feminino;
- caucasianos;
- estado nutricional prejudicado;
- uso de medicamentos (imunossuppressores, agentes anti-inflamatórios e anticoagulantes);
- tabagismo;
- perda da sensibilidade;
- dependência para atividades de vida diária; mobilidade prejudicada;
- estado da doença atual⁽²⁵⁾.

13. Fisiopatologia da lesão por fricção

A fricção por si só ou combinada com forças de cisalhamento aplicadas à pele friável, leva à separação da epiderme da derme (ferida de espessura parcial) ou separando totalmente a epiderme e a derme das estruturas subjacentes (ferida de espessura total)^(15,26).

14. Objetivos da Prevenção das Lesões de Pele

- Prevenir o aparecimento das lesões de pele durante o período de internação
- Estimular a adoção de medidas preventivas que possam ser aplicadas pela equipe de enfermagem
 - Motivar uma cultura de prevenção institucional
 - Melhorar a qualidade de vida do paciente
 - Reduzir custos
 - Manter a equipe estimulada a adotar as medidas preventivas preconizadas

15. Prevenção das Lesões de Pele

As lesões acima descritas são problemas de saúde preveníveis que envolvem a equipe multidisciplinar. Diante da complexidade do problema, já que estas lesões tem causas multifatoriais, é de suma importância a adoção de medidas preventivas sistematizadas e de caráter institucional, com envolvimento de toda a equipe de enfermagem.

Segundo dados levantados na literatura, o tratamento e a reabilitação das Lesões de Pele são de alto custo, enfatizando se que a prevenção é o maior recurso disponível. Entre elas:

- Avaliação diária pela equipe de enfermagem
- Aplicação da Escala de Braden
- Utilização de superfície de suporte adequada que não danifique ou irrite a pele
 - Mudança de decúbito (2/2h)
 - Uso de filme transparente para proteção de área de risco
 - Uso de fitas hipoalergênicas e malhas tubulares para fixação de dispositivos em geral
 - Uso de película barreira protetora sem álcool
 - Controlar as fontes de umidade excessiva
 - Hidratação da pele
- Realizar higiene corporal
 - Realizar higiene íntima
 - Administrar dieta adequada à necessidades do paciente

15.1 Medidas de Prevenção das Lesões de Pele

As medidas de prevenção das lesões de pele que deverão ser seguidas são:

15.1.1 LESÕES POR PRESSÃO

Etapa 1

Avaliação de todos os pacientes no momento da admissão não ultrapassando um intervalo de 8h:

1. Identificar os indivíduos em risco de formação de LP através da aplicação da Escala de Braden. Ela constitui um score, que pode oscilar de 6 a 23 pontos, obtidos através das condições de percepção sensorial, umidade, atividades, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento apresentados pelo paciente. Segundo as diretrizes do *National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)*, a prevenção das LP dividem-se em seções, são elas: avaliação de risco, avaliação das condições da pele, condição nutricional, alívio da pressão e educação.

2. Avaliação da pele, para detectar a existência de LP ou lesões já existentes.

Percepção Sensorial	Totalmente limitado	Muito limitado	M levemente limitado	Nenhuma limitação
Umidade	Completamente molhada	Muito molhada	M ocasionalmente molhada	Raramente molhada
Atividade	Acamado	Confinado à cadeira	Anda ocasionalmente	Anda frequentemente
Mobilidade	Totalmente imóvel	Bastante limitado	Leve limitado	Não apresenta limitações
Nutrição	Muito pobre	Provavelmente inadequado	Adequado	Excelente
Fricção e Cisalhamento	Problema	Problema em potencial	Nenhum problema	

Classificação de risco:

19 a 23 - Sem risco 15 a 18 - Risco leve 13 a 14 - Risco moderado
10 a 12 - Risco elevado ≤ 9 - Risco muito elevado

Etapa 2

Reavaliação diária de risco de desenvolvimento de LP de todos os pacientes internados:

1. Reavaliar a classificação de risco de todos os pacientes internados através da aplicação da Escala de Braden. Todos os pacientes devem ser reavaliados diariamente.

ATENÇÃO: As etapas subsequentes (etapas 3 a 6), descritas a seguir, deverão ser utilizadas em todos os pacientes classificados como de risco nas etapas de avaliação anteriormente descritas (etapas 1 e 2).

ETAPA 3

Inspeção diária da pele

1. Avaliação criteriosa diária da pele com especial atenção às áreas de proeminências ósseas mesmo protegidas por coberturas, e pelo menos duas vezes por dia nas regiões sob dispositivos médicos, identificando precocemente sinais de lesões causadas pela pressão, ressecamento, rachaduras, eritema, maceração, fragilidade, calor endurecimento ou qualquer alteração.

ETAPA 4

Manejo da Umidade: manutenção do paciente seco e com a pele hidratada

a) Higienização e Hidratação da pele

1. Realizar higiene corporal diariamente e sempre que a pele estiver suja com água morna e sabonete, sem friccionar, mantendo a pele limpa e seca.
2. Hidratação diária da pele.
3. 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.
4. A massagem está contra-indicada na presença de inflamação aguda e onde existe a possibilidade de haver vasos sanguíneos danificados ou pele frágil. A massagem não deverá ser recomendada como uma estratégia de prevenção de Lesões por Pressão.

b) Manejo da umidade:

1. Controlar a umidade através da determinação da causa (incontinência, drenagem de ferida) e, quando possível, eliminá-los ou controlá-los utilizando as estratégias abaixo.

2. Uso de barreiras protetoras da umidade excessiva, quando necessário, como, por exemplo: creme barreira, película semipermeável, espuma de poliuretano e/ou substâncias oleosas.

Modo de aplicação: a pele deve estar limpa e seca para aplicação do produto.

Creme Barreira: Aplicar o creme barreira na região que requer proteção contra fluidos corpóreos, evitando as áreas que necessitarão de aplicação de adesivos. A reaplicação deve ser feita diariamente. Não necessita ser retirado antes das aplicações.

Espumas de poliuretano (PU): aplicar sobre a pele previamente limpa e seca para absorção de umidade ou fluidos em excesso. A pele abaixo da cobertura deve ser inspecionada diariamente. A troca deve ser feita a cada 5 dias ou antes se saturado.

3. Quando possível, oferecer um aparador (comadre ou papagaio) nos horários de mudança de decúbito.

ETAPA 5

Otimização da nutrição e da hidratação

1. 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 LP.

2. 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.

3. Avaliar junto ao nutricionista e à equipe médica a necessidade de oferecer suplementos nutricionais, com alto teor protéico, além da dieta habitual, a indivíduos em risco nutricional e de Lesão por Pressão (nível de evidência A).

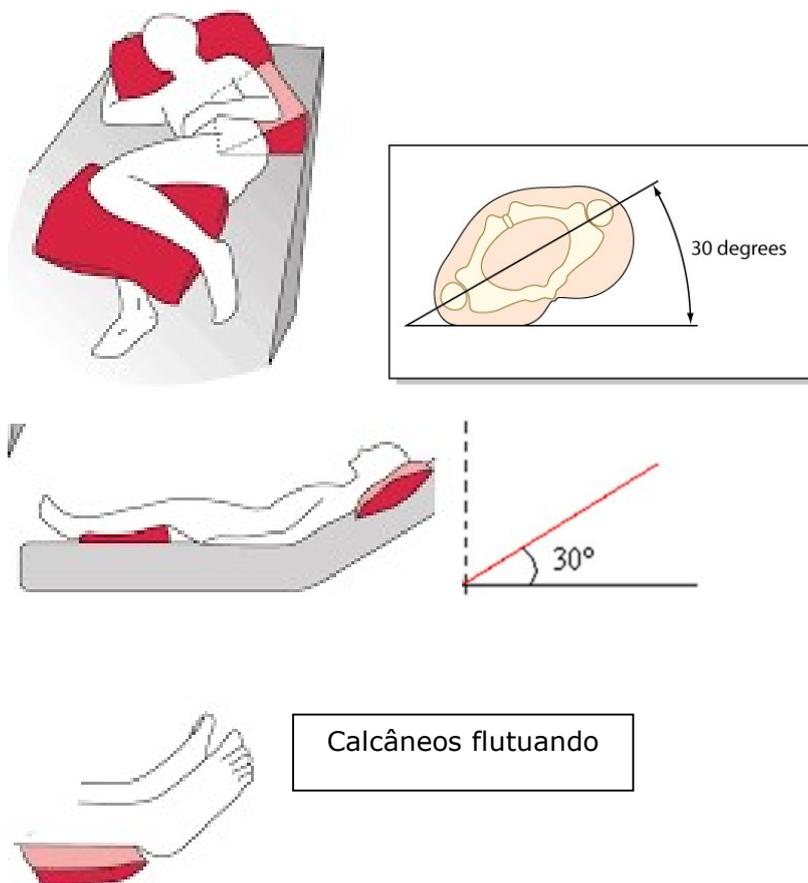
4. O nutricionista deverá avaliar a necessidade de instituir as medidas específicas nutricionais para a prevenção de LP.

ETAPA 6

Minimizar a pressão

1. Realizar e orientar a mudança de decúbito de 2/2 horas em pacientes em risco de desenvolver LPs.
2. Colocar coxins para redistribuir a pressão de proeminências ósseas e posicionar o paciente adequadamente.
3. Uso de apoio (travesseiros, coxins ou espumas) na altura da panturrilha, a fim de erguer os pés e proteger os calcanhares.

Forma correta de posicionar o paciente.



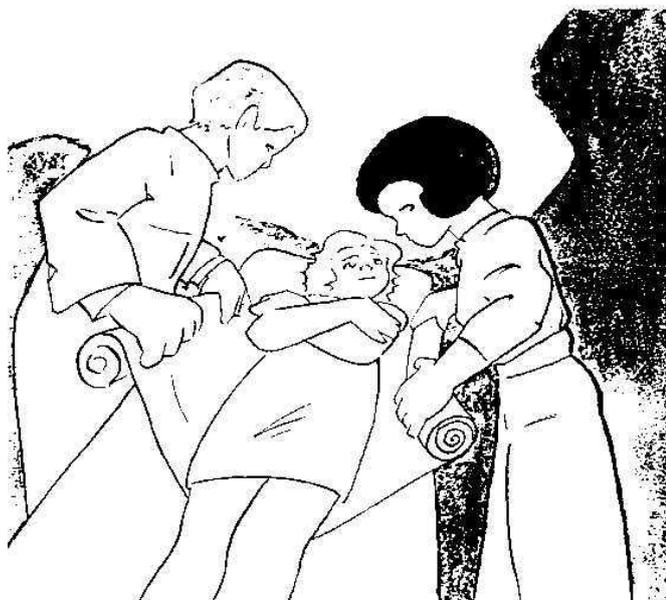
Fonte: <http://www.arha.org/Portals/1/Documents/Continuum>

4. 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.

Observação: 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 – PAV.

5. Deve-se restringir o tempo que o indivíduo passa sentado na cadeira sem alívio de pressão.

6. Evitar arrastar o paciente na cama durante a manipulação e utilizar o lençol móvel para movimentação do paciente.



Demonstração da movimentação utilizando o lençol móvel

7. Evitar restos de alimentos ou objetos no leito do paciente.

8. Manter lençóis sempre esticados.

9. Proteger todas as proeminências ósseas de cisalhamento/fricção: Utilizar filme transparente ou Coberturas multicamadas de Espuma com silicone suave de acordo com a necessidade do paciente.

a. Filme transparente: É indicado para prevenção de lesões de pele, pois possui permeabilidade seletiva (impermeável a microrganismos e fluidos), permitindo a difusão gasosa e evaporação de água.

- Troca do filme transparente: deve ser realizada quando for expulso pela pele (devido a troca do extrato córneo) ou se ocorrer sinais flogísticos. A borda deverá ser recortada à medida que for soltando, porém não deverá ser retirado antes de perder a adesividade.

b. Coberturas multicamadas de Espuma com silicone suave: Uma cobertura de espuma multi camada com silicone que garante a sua remoção atraumática, com a capacidade de controlar microclima, redistribuir a pressão, redistribuir e absorver cisalhamento.

Indicação: 1. Redistribuir pressão;
2. Minimizar cisalhamento;
3. Reduzir o atrito;
4. Impedir remoção mecânica da pele ao remover a cobertura para inspecionar a pele;
5. Oferecer barreira de proteção para a pele;
6. Ter uma camada de contato atraumática.

2. Espessura: permite a redistribuição de pressão.

4. Várias camadas deslizantes: capacidade de cada camada mover-se independentemente dissipando o cisalhamento.

5. Camada respirável externa: minimiza o atrito entre a cobertura e as roupas de cama (coeficiente de atrito mais baixo).

Modo de aplicação: aplicar a cobertura sobre a pele previamente limpa e seca da região sacral e calcâneos. A inspeção da pele abaixo da cobertura deve ser diária, reposicionando-a após a inspeção. A troca deve ser feita com um intervalo máximo de 07 dias, devendo ocorrer antes caso ocorra saturação da camada absorvente.

10. Indicar colchão piramidal (caixa de ovo) a todos os pacientes com risco de formação de LP ou com diminuição da mobilidade.

11. Os calcâneos devem ser mantidos afastados da superfície da cama (livres de pressão).

12. Utilizar uma almofada ou travesseiro abaixo das pernas (região dos gêmeos) para elevar os calcâneos e mantê-los flutuantes.

Minimizar a pressão :

Lesões por pressão relacionadas à dispositivos médicos

- Considerar adultos com dispositivos médicos como estando em risco de desenvolver lesões por pressão
- Analisar e selecionar os dispositivos médicos disponíveis na instituição de acordo com a sua capacidade para induzir o mínimo grau de dano provocado por forças de pressão e/ou cisalhamento.
- Garantir que os dispositivos médicos estão corretamente dimensionados e ajustados para evitar uma pressão excessiva.
- Garantir que os dispositivos médicos estão suficientemente protegidos para evitar deslocamento sem com isso criar pressões adicionais, se necessário posicionando coberturas absorventes e redistribuidoras de pressão entre o dispositivo e a pele.

15.1.2 DERMATITE ASSOCIADA À INCONTINÊNCIA (DAI)

Etapa 1

Identificação de risco

1. Identificar indivíduos expostos ao risco de desenvolverem Dermatite Associada à Incontinência (DAI) através de inspeção visual e histórico do paciente a fim de diferenciar risco de lesões por DAI e por Pressão ou cisalhamento. Todos os pacientes em uso de fraldas deverão ser classificados como risco para DAI.
2. Deverão ser considerados pacientes com alto risco de desenvolver DAI aqueles que associado ao uso de fraldas, apresentarem diarreia.

As etapas seguintes, adotar para todos os pacientes classificados como risco.

Etapa 2

Higienização:

1. Higienizar o períneo diariamente e após cada evacuação utilizando sabonete neutro e água morna;
2. Utilizar bacias desinfetadas em cada higienização, a fim de evitar o risco de infecções em pacientes que apresentam soluções de continuidade na pele desta região;
3. Não esfregar a pele do períneo. Gentilmente umedecer a pele e aguardar por alguns minutos a fim de amolecer a sujidade ou protetores aplicados anteriormente;
4. Utilizar sempre que disponível produtos específicos para a higienização do períneo, com agente de limpeza neutro e componente para formação de barreira para proteção em sua formulação;

5. Inspecionar as dobras da pele, verificando se não há urina ou fezes residuais, removendo-as como citado anteriormente.

Etapa 3

Proteger a pele

Pacientes identificados como risco de desenvolver DAI:

1. Após a pele limpa, hidratar e proteger a pele utilizando produtos que contenham hidratantes e emolientes que formem barreira (creme barreira).
2. Prescrever e comunicar todos os profissionais envolvidos no cuidado destes pacientes sobre as medidas a serem adotadas para prevenção de DAI;
3. Todos os produtos a serem utilizados devem ser de uso individual, e mantidos próximo ao leito a fim de facilitar sua aplicação.

Pacientes identificados como alto risco de desenvolver DAI:

1. Continuar as medidas preventivas para os pacientes de risco;
2. Pacientes em alto risco de desenvolver DAI, associar ao uso de creme barreira a película barreira protetora sem álcool, que deverá ser aplicada somente 1X ao dia.(consenso DAÍ)

15.1.3 LESÕES POR ADESIVOS

Etapa 1

Avaliação da pele

1. Durante anamnese pesquisar alergias/sensibilidades conhecidas ou suspeitadas a adesivos, para diminuir o risco de lesão;
2. A pele deve ser avaliada diariamente ou durante as trocas do adesivo/dispositivo.

Etapa 2

Proteger a pele

1. Garantir que a pele esteja limpa e seca antes de aplicar o adesivo;
2. Caso a região na qual o adesivo será aplicado apresente grande quantidade de pelos, proceder a tonsura dos mesmos previamente à aplicação do adesivo;
3. Caso seja conhecida a sensibilidade a adesivos ou seja necessário o uso de um adesivo com alto poder de fixação, proteger a pele antes da aplicação do adesivo utilizando protetor barreira semipermeável. Aguardar secar antes de aplicar o adesivo;

4. Utilizar fitas hipoalergênicas para fixação de curativos de acordo com o tipo de pele e fixação desejada. Quanto mais friável a pele, mais suave deverá ser o adesivo utilizado. No entanto, quando os adesivos forem utilizados para a fixação de dispositivos, quanto mais pesado o dispositivo, maior deverá ser o poder de fixação do adesivo utilizado. Quando necessário o uso de adesivos com alto poder de fixação, além do uso do protetor barreira, se possível, associar o uso de película barreira semipermeável para proteger a pele do paciente antes de aplicar o adesivo;

5. Aplicar o adesivo sem tensionar, puxar ou esticar;

6. Conformar o adesivo no local com pressão firme porém suave, removendo retrações, enrugamentos;

7. Utilizar adesivos mais elásticos em caso de fixação em áreas de edema ou movimento previsível, como articulações, considerando as linhas de tensão ao aplicar o adesivo;

8. Se a compressão for necessária, aplicar o adesivo com pressão somente sobre o curativo primário, fixando a parte sobre a pele sem tensão.

Etapa 3

Removendo o adesivo

1. Caso não haja nenhuma parte do adesivo solta, pode-se aplicar um pedaço pequeno de adesivo sobre uma das pontas para facilitar sua remoção;

2. Com os dedos da mão oposta à que será utilizada para remover o adesivo, segurar firmemente a pele, no sentido contrário e para baixo, posto ao sentido de remoção do adesivo. Remover a fita delicadamente, puxando no sentido horizontal, perpendicular à pele, no sentido do crescimento dos pelos;

3. Filmes transparentes devem ser removidos soltando uma das bordas e puxando horizontalmente. Uma das mãos deve segurar firmemente a pele, evitando traumas;

4. Produtos removedores de adesivos podem ser utilizados, como vaselina, óleo mineral, quando o adesivo não tiver que ser reaplicado na mesma área⁽²⁷⁾.

LESÕES POR EXCESSO DE UMIDADE

Etapa 1

Avaliação da pele

1. Durante anamnese pesquisar áreas de pele macerada e fontes de umidade;

2. A pele deve ser avaliada diariamente.

Etapa 2

Limpeza e proteção da pele

1. Proceder a higiene local (especial atenção às áreas de dobras);
2. Secar bem a pele sem esfregar antes de protegê-la;
3. Proteger a pele com película barreira protetora sem álcool em regiões úmidas e com alteração de pH (contato com urina, fezes e fluidos corporais).

Etapa 3

Controlando as fontes de umidade

1. Utilizar coberturas absorventes ou tecidos que permitam a evaporação de umidade impregnados para manter a umidade fora de contato com a pele⁽²¹⁾.

15.1.5 LESÕES POR FRICÇÃO

Etapa 1

Limpeza da pele

1. Utilizar sabonete com pH balanceado sempre que disponível;
2. Utilizar água morna e não friccionar (não esfregar) a pele;
3. Reduzir o tempo de banho;
4. Secar a pele gentilmente, sem friccionar.

Etapa 2

Proteção da pele

1. Aplicar, sem massagear, creme umectante (hidratante) com nutrientes especiais padronizado na instituição, em todo corpo (não aplicar nas lesões) após o banho;
2. Não massagear a pele de pacientes em risco.

Etapa 3

Evitar fricção

1. Ao mobilizar pacientes dependentes, utilizar lençol móvel, desta forma evitando exercer fricção em sua pele⁽²⁸⁾.

16. Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. *Manual do Programa Nacional para Segurança do Paciente - Anexo 02 - Protocolo para prevenção de Úlcera por Pressão*. Brasília, 2013.

2. Ayello EA, Frantz R, Cuddigan J, Jordan R. Methods for determining pressure ulcer prevalence and incidence. In: Cuddigan J, Ayello EA, Sussman C, editors. Pressure ulcers in America: Prevalence, incidence, and implications for the future. Reston, VA: NPUAP, 2001
3. Severens JL, Habraken JM, Duivenvoorden S, Frederiks CM. The cost of illness of pressure ulcers in the Netherlands. *Adv Skin Wound Care* 2002;15:72-77.
 4. [Cuddigan, Janet](#); [Berlowitz, Dan R](#); [Ayello, Elizabeth A](#). Pressure ulcers in America: Prevalence, incidence and implications for the future. **Advances in Skin & Wound Care**; **Springhouse Vol. 14, Ed. 4**. (Jul/Aug 2001): 208.
 5. International guidelines. Pressure ulcer prevention: prevalence and incidence in context. A consensus document. London: MEP Ltd, 2009
 6. Rogenski Noemi Marisa Brunet, Kurcgant Paulina. Incidência de úlceras por pressão após a implementação de um protocolo de prevenção. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2012 Apr [cited 2020 Mar 31] ; 20(2): 333-339. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000200016&Ing=en. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000200016>.
 7. Fernandes, Niedja Cibegne Silva, and Gilson Vasconcelos Torres. "Incidência e fatores de risco de úlceras de pressão em pacientes de unidade de terapia intensiva." *Ciência, Cuidado e Saúde* 7.3 (2008): 304-310.
 8. BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. Manual de Condutas para Úlceras Neurotróficas e Traumáticas. Brasília, 2002.
 9. Associação Brasileira de Estomaterapia, Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia. Classificação das lesões por pressão – Consenso NPUAP 2016 – Adaptada transculturalmente para o Brasil. São Paulo, Brasil; 2016
 10. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2014
 11. Documento de Consenso da World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). O papel das coberturas na prevenção da lesão por pressão. Wounds International, 2016
 12. DEALEY, C. Tratamento de feridas – Guia para Enfermeiros. São Paulo: Climepsi, 2008.
 13. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and treatment of pressure ulcers: clinical practice guideline. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia; 2014
 14. Associação Brasileira de Estomaterapia, Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia. Classificação das lesões por pressão – Consenso NPUAP 2016 – Adaptada transculturalmente para o Brasil. São Paulo, Brasil; 2016
 15. Beeckman D et al. Proceedings of the Global IAD Expert Panel. Incontinence-associated dermatitis: moving prevention forward. *Wounds International* 2015. Available to download from www.woundsinternational.com

16. Mikel Gray _ Donna Z. Bliss _ Dorothy B. Doughty _ JoAnn Ermer-Seltun Karen L. Kennedy-Evans _ Mary H. Palmer. Incontinence-associated Dermatitis A Consensus. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2007;34(1):45-54

17. BLACK, JOYCE M et al. MASD Part 2: Incontinence-Associated Dermatitis and Intertriginous Dermatitis - A Consensus. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2011;38(4):359-370

18. McNichol L, Lund C, Rosen T, Gray M. Medical Adhesives and Patient Safety: State of the Science Consensus Statements for the Assessment, Prevention, and Treatment of Adhesive-Related Skin Injuries. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2013;40(4):365-380

19. Zulkowski, Karen. "Perineal dermatitis versus pressure ulcer: distinguishing characteristics." *Advances in skin & wound care* 21.8 (2008): 382-388.

20. Junkin, Joan, and Joan Lerner Selekof. "Beyond "diaper rash": Incontinence-associated dermatitis Does it have you seeing RED?." *Nursing* 2020 38.11 (2008): 56hn1-56hn10.

21. R. Gary Sibbald, Judith Kelley, Karen Lou Kennedy-Evans, Chantal Labrecque, Nicola Waters. A Practical Approach to the Prevention and Management of Intertrigo, or Moisture-associated Skin Damage, due to Perspiration: Expert Consensus on Best Practice. *Wound Care Canada – Supplement. Volume 11, Number 2 · Fall 2013*

22. LeBlanc K, Baranoski S. Skin tears: state of the science: consensus statements for the prevention, prediction, assessment, and treatment of skin tears©. *Adv Skin Wound Care.* 2011;24(9):2- 15. doi: <https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000405316.99011.95>.

23. Woo, Kevin, and Kim LeBlanc. "Prevalence of skin tears among frail older adults living in Canadian long-term care facilities." *International journal of palliative nursing* 24.6 (2018): 288-294.

24. Idensohn P, Beeckman D, dos Santos VLCG, Hevia Campos H, Langemo D, LeBlanc K, Gloeckner M, Woo K, Holloway S. Ten top tips: skin tears. *Wounds International* 2019 | Vol 10 Issue 2 | ©Wounds International 2019 | www.woundsinternational.com

25. Silva CVB; Campanili TCGF; LeBlanc K; Baranoski S; Santos VLCG. Adaptação cultural e validade de conteúdo do ISTAP Skin Tear Classification para o português no Brasil. *ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther.*, 16: e2618. doi: 10.30886/estima.v16.590_PT

26. Sibbald RG, Krasner DL, Lutz J. SCALE: Skin Changes at Life's End: final consensus statement: October 1, 2009. *Adv Skin Wound Care* 2010;23:225-36

27. McNichol, Laurie, et al. "Medical adhesives and patient safety: state of the science consensus statements for the assessment, prevention, and treatment of adhesive-related skin injuries." *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing* 40.4 (2013): 365-380.

28. Kelly Cristina Strazzieri Pulido¹, Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos² O que Precisamos Saber Acerca das Lesões por Fricção Rev Estima - vol 8 (3) 2010 p. 34 - 41.