



2014 PROTOCOLO

PREVENÇÃO DE LESÕES DE PELE



| ELABORAÇÃO |

Alessandra Rocha Mororó Pinheiro – Assessora Técnica DITEC e Enfa.Estomaterapeuta ISGH.

Solange Gurgel Alexandre – Enfa.Estomaterapeuta.

Adriana Bessa Fernandes Medeiros – Enfa. Estomaterapeuta e Coordenadora UPA Autran Nunes.

Fernanda Maria Silva - Enfermeira Estomaterapeuta HRC.

Maria Cláudia Galdino Araújo Lima - Enfermeira Estomaterapeuta HRN.

Acadêmicos de Enfermagem do Risco Clínico HGWA

Anne Kayline Soares Teixeira – Enfa. Estomaterapeuta do HGWA.

| REVISÃO |

Alayanne Menezes da Silveira - Nutricionista HRC.

Camila Alves Machado – Diretora de Gestão e Atendimento das UPAS.

Carlos Henrique Oliveira de Freitas - Fisioterapeuta HGWA.

Carolina Drummond Barboza - Nutricionista HGWA.

DjaneFilizola - Enfermeira/Gerente de Risco HGWA.

Érica Silvana Silva Feitosa - Fisioterapeuta HRC.

Ivo Saturno Bonfim- Fisioterapeuta HRC.

João Kildery Silveira Teófilo - Enfermeiro/Gerente de Risco HRN.

Joseana Taumaturgo Magalhães Falcão – Enfermeira Coord. UTI HGWA.

Luís José de Lima Neto do HRN – Enfermeiro Coord UTI HRN.

Milenna Alencar Brasil - Enfermeira/Gerente de Risco HRC.

Mozart Ney Rolim Teixeira Henderson – Médico/Consultor Técnico da DITEC/ISGH.

Natasha Teixeira Medeiros - Fisioterapeuta HGWA.

Nianne Lucena e Lucena – Nutricionista ISGH.



ISGH
INSTITUTO DE SAÚDE E
GESTÃO HOSPITALAR

Organização Social mantida com recursos públicos
provenientes de seus impostos e contribuições sociais

Patrícia Narguis Grun – Nutricionista HRN.

Rafaela Neres Severino – Nutricionista ISHG.

Selma Furtado Magalhães – Enfermeira/Gerente de Risco ISGH.

| VALIDAÇÃO |

Flávio Clemente Deulefeu

| FORMATAÇÃO |

Comunicação Visual ISGH

| REVISÃO |

Nº 3 - Fevereiro de 2014

| CIDADE/ANO CONFECCÃO |

Fortaleza – 2009



| SUMÁRIO |

1. Apresentação	6
2. Referenciais e Definições	7
3. Objetivos	15
4. Estratégias de Prevenção por Profissional e Serviços Envolvidos - Unidades Hospitalares (Eixo Adulto e Infantil)	15
4.1 Enfermeiro Estomaterapeuta	15
4.2 Núcleo de Gestão e Segurança do Paciente (NUGESP).....	16
4.3 Coordenação Geral de Enfermagem	17
4.4 Time de Liderança	17
4.5 Enfermeiro Assistencial	17
4.6 Técnico de Enfermagem	22
4.7 Nutricionista	25
4.8 Fisioterapeuta	27
4.9 Médico	28
4.10 Farmácia	28
4.11 Engenharia Clínica	30
4.12 Núcleo Administrativo – Hotelaria	30
4.13 Acadêmico de Enfermagem	30
5. Estratégias de Prevenção por Profissional e Serviços Envolvidos- Unidades de Pronto Atendimento (UPA) – Instituir Após 24h de nos Pacientes Acamado.....	31
5.1 Enfermeiro.....	31
5.2 Técnico de Enfermagem.....	32
5.3 Médico.....	32
5.4 Farmácia.....	33



6	Estratégias de Prevenção por Profissional e Serviços Envolvidos –Serviço de Assistência Domiciliar (SAD).....	33
6.1	Enfermeiro.....	33
6.2	Cuidador.....	33
6.3	Nutricionista.....	34
6.4	Fisioterapeuta.....	34
6.5	Médico.....	35
7	Instrumento de Gerenciamento do Protocolo.....	35
8	Estratégias Educacionais.....	36
9	Referências.....	37
10.	Anexos.....	40



1 APRESENTAÇÃO

Atualmente, a melhoria da segurança do paciente e da qualidade da assistência à saúde tem recebido atenção especial em âmbito global.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), através da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, dispõe de metas e estratégias para a melhoria da assistência ao paciente baseada na prevenção de danos.

Essa aliança tem como objetivo despertar a consciência e o comprometimento político para melhorar a segurança na assistência, além de apoiar os países no desenvolvimento de políticas públicas e práticas para segurança do paciente em todo o mundo.

Inserido nesse contexto, o Brasil lançou em abril de 2013, a Política Nacional de Segurança do Paciente, onde seis eixos são considerados na prevenção de danos. São eles: cirurgia segura, prática de higiene das mãos em serviços de saúde, prevenção de quedas em pacientes hospitalizados, identificação do paciente, segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos e prevenção de úlceras por pressão.

Considerando o último eixo citado, prevenção de úlceras por pressão (UP), percebe-se a influência drástica desse dano no período de hospitalização, com repercussões na geração de custos para as instituições e na saúde dos pacientes por elas acometidos (GOMES, 2008; BORGES, 2012).

Buscando trabalhar estratégias voltadas para a segurança do paciente, como parte da implementação da Política Nacional de Segurança do Paciente, o Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH) visa a implementar uma política interna de prevenção de lesões de pele e não somente a úlcera por pressão, através da padronização de rotinas estabelecidas em protocolo interdisciplinar, assistencial, baseado em evidências científicas.

A estomaterapia será a área que fará o elo entre as demais categorias envolvidas nas estratégias de prevenção de lesões, nos diversos níveis de atenção à saúde que o ISGH gerencia.



2 REFERÊNCIAS E DEFINIÇÕES

A proteção da integridade cutânea é considerada como indicativo de qualidade dos cuidados, pois a presença de lesões de pele ou perilesão está associada ao aumento do tempo de internação, à carga de trabalho para equipe de saúde e aos custos hospitalares.

As lesões de pele acometem os indivíduos nas diversas fases do ciclo da vida humana, havendo a necessidade da atenção nas áreas de neonatologia, pediatria, adulta e de geriatria. Estas podem ser agudas ou crônicas, primárias ou secundárias a outras afecções, decorrentes de contextos clínicos ou cirúrgicos e associadas ou não às doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus*.

A atenção diante da integridade da pele deve ser foco de atenção de toda a equipe de saúde e dos cuidadores/acompanhantes, tanto no eixo adulto como no eixo infantil. No neonato e recém-nascido, as lesões podem decorrer de patologias em órgãos e tecidos, contusões, iatrogenia ou uso de equipamentos médicos. As lesões no recém-nascido podem estar relacionadas com as lesões cutâneas na face, fronte, membros superiores, abdome, membros inferiores, orelha e glúteo, respectivamente (FONTENELE; CARDOSO, 2011).

Lesões de pele podem ocorrer por etiologias as mais diversas. No entanto, a úlcera por pressão é o tipo de lesão mais comum em pacientes institucionalizados. A busca por estratégias e soluções para essa problemática é uma luta dos profissionais de saúde do mundo inteiro e é um dos maiores desafios em suas práticas (FERNANDES; BRAZ, 2002).

A magnitude das úlceras por pressão é revelada pelas alterações e consequências que ocasionam aos clientes acometidos. São elas: prolongamento da internação, aumento da morbidade dos clientes acometidos, dor e sofrimento, sobrecarga física, emocional e social, porta de entrada para infecção, aumento dos custos diretos e indiretos (elevam o custo terapêutico, pois bilhões de dólares são gastos num problema evitável que tem sérias consequências sociais e econômicas), dificultam a recuperação, contribuem para o aumento da mortalidade, aumentam o tempo necessário para o cuidado de enfermagem e ocasionam a perda da integridade da pele acarretando consequências para

o indivíduo, família e instituição (PARANHOS, 2003; KRASNER, 2003; SCHOLS; ENDE, 2004; BROOKE et al, 2010).



A maioria dos protocolos de prevenção de lesões é direcionado à úlcera por pressão, por ser esse tipo de lesão mais prevalente tanto em pacientes institucionalizados como em domicílio. Quanto à avaliação da efetividade dos protocolos, o principal indicador utilizado é a incidência. Esse índice é considerado o mais adequado para avaliar a qualidade da atenção prestada em serviços de saúde, sendo um meio de orientação das estratégias institucionais e do cuidado multiprofissional, voltadas para a prevenção dessas lesões (SERPA et al, 2011).

Para se assegurar uma boa assistência à saúde é necessário estar atento às diferenças entre incidência e prevalência de úlceras por pressão. A prevalência se refere ao número de pacientes com úlceras por pressão num dado período em um determinado local. Já a incidência se refere ao número de casos novos que apareceu na população estudada num determinado período. A população na prevalência são todos os pacientes internados no setor estudado e na incidência são todos os pacientes com risco para úlcera por pressão. Esses são os denominadores do indicador. Na prevalência, o numerador são todos os casos existentes de úlcera, incluindo os casos antigos e novos. Na incidência, o numerador são apenas os casos novos de úlcera. Os dados devem ser expressos em percentuais onde se divide o numerador pelo denominador multiplicado por 100 (AYELLO, 2004; KRASNER, 2003).

Para mensurar a incidência de úlcera por pressão, é necessária a identificação dos pacientes que apresentam risco específico para o desenvolvimento dessas lesões. No Brasil, encontram-se disponíveis três escalas para a avaliação do risco de desenvolvimento de UP, em populações adulta e infantil: escalas de BRADEN, de Waterlow e de BRADEN Q, respectivamente traduzidas e validadas para a língua portuguesa, em 1998, 2007 e 2008 (FRANTZ, 1997; ROCHA; BARROS, 2007).

No Brasil, a incidência e prevalência de úlceras por pressão são semelhantes às relatadas na literatura mundial com incidência de 39,8% em pacientes de risco, internados em hospital universitário. A incidência de úlceras por pressão é estimada entre 0,4% a 38% em pacientes internados em serviços de atendimento de emergência (ROGENSKI; SANTOS, 2005; WADA; TEIXEIRA; FERREIRA, 2010).

Nos últimos anos, ocorreu um aumento na prevalência de úlceras por pressão, devido ao aumento da expectativa de vida da população, associado aos avanços da medicina moderna, que tornaram possível a sobrevivência de pacientes com doenças graves e anteriormente letais, transformadas em doenças crônicas e lentamente debilitantes. A utilização de novos tratamentos clínicos e cirúrgicos, técnicas de monitorização, assim como drogas e equipamentos, possibilitaram o prolongamento da



vida, mesmo que artificialmente, muitas vezes sem perspectiva de cura, em indivíduos gravemente debilitados, imobilizados e frequentemente inconscientes. O aumento no número de casos de úlceras por pressão é consequência do aumento do número de indivíduos expostos aos fatores de risco para o desenvolvimento do problema (WADA; TEIXEIRA NETO; FERREIRA, 2010).

Segundo alguns autores, em unidades hospitalares de atendimento de urgência, a prevalência de UP varia de 5% a 15%, em casas de repouso, de 15% e 20% e, em centros de reabilitação, de 30% a 50% (CORREIA et al, 2011).

Em relação às taxas de prevalência de úlceras de pressão no Reino Unido, nos EUA e no Canadá são relatados valores entre 4,7 e 32,1% em hospitais. Avaliaram, em um hospital de Portugal, todos os pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva por mais de 24 horas durante um ano e observaram prevalência de 37,41% e a incidência de 25,8%. O aparecimento de novas UPs ocorreu, em média, no 7º dia de internação. Em outro estudo, na Itália, a incidência foi de 20,6% de úlceras por pressão em pacientes reinternados após o tratamento agudo de traumas raquimedulares (HISASHIGE; OHURA, 2012; LOURO; FERREIRA; POVOA, 2007; WADA; TEIXEIRA; FERREIRA, 2010).

O *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) menciona que a prevalência das úlceras por pressão é variável conforme a clientela e a instituição. Nos hospitais gerais fica em torno de 3% a 14%. Em serviços com clientes crônicos, é de 15-25% e de 7%-12% no domicílio (PARANHOS, 2003).

O risco para desenvolver úlceras por pressão constitui importante indicador de saúde relacionado à qualidade da assistência de enfermagem, por esse profissional estar relacionado diretamente ao cuidado do paciente hospitalizado ou da assistência domiciliar. Porém, outros profissionais também estão envolvidos na prestação da assistência de saúde.

A capacidade dos profissionais em reconhecer os pacientes em risco de desenvolvimento de UP e a avaliação do estado nutricional está entre as estratégias de prevenção de lesões de pele. Devem-se valorizar as necessidades protéico-energéticas, preferências individuais e hidratação. Em vigência de terapia nutricional por via enteral ou parenteral, deve-se estabelecer um protocolo de cuidados com as vias de acesso, a administração dos nutrientes e prevenção de complicações (SERPA; SANTOS, 2007).

Quanto à definição de úlcera por pressão, o *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP), órgão americano destinado a sistematizar dados estatísticos e a direcionar diretrizes no tratamento de úlceras por pressão a define como área localizada de morte tecidual desenvolvida quando um tecido



mole é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície dura, por um período prolongado de tempo (NPUAP, 2009).

Em relação ao comprometimento tecidual ocasionado pela úlcera por pressão, a NPUAP estabelece a seguinte classificação (NPUAP, 2009):

SUSPEITA DE LESÃO TISSULAR PROFUNDA Área localizada de pele intacta com coloração púrpura ou castanha, ou bolha sanguinolenta devido a dano no tecido mole, decorrente de pressão e/ou cisalhamento. A área pode ser precedida por um tecido que se apresenta dolorido, endurecido, amolecido, esponjoso e mais quente ou frio comparativamente ao tecido normal.	
CATEGORIA I Pele intacta com hiperemia de uma área localizada que não embranquece, geralmente sobre proeminência óssea. A pele de cor escura pode não apresentar embranquecimento, mas sua cor pode diferir ao redor.	
CATEGORIA II Perda parcial da espessura dérmica. Apresenta-se como úlcera superficial com o leito de coloração vermelha pálida, sem esfacelo (tecido amarelado, antes denominado fibrina). Pode apresentar-se ainda com uma bolha (preenchida com exsudato seroso), intacta ou aberta/rompida.	
CATEGORIA III Perda de tecido em sua espessura total. A gordura subcutânea pode estar visível, sem exposição de osso, tendão ou músculo. Esfacelo pode estar presente sem prejudicar a identificação da profundidade da perda tissular. Pode incluir descolamento e túneis.	
CATEGORIA IV Perda total de tecido com exposição óssea, de músculo ou tendão. Pode haver presença de esfacelo ou escara em algumas partes do leito da ferida. Frequentemente inclui descolamento e túneis.	



ÚLCERA QUE NÃO PODE SER CLASSIFICADA – INDETERMINADA

Lesão com perda total de tecido, qual a base da úlcera está coberta por esfacelo (amarelo, marrom, cinza, esverdeado ou castanho) e /ou há escara (marrom, castanha ou negra) no leito da lesão.



Outras estratégias podem contribuir na prevenção da incidência de úlcera pressórica. A etiologia de outras lesões que podem ser confundidas com a úlcera por pressão deve ser conhecida pelos profissionais de saúde. Seu intuito é identificar as causas e atuar de forma mais eficaz na prevenção de úlceras por pressão e de outras lesões de pele que levam danos ao paciente.

O monitoramento da integridade da pele ideal deve incluir não só a úlcera por pressão, mas as outras lesões que têm relação com a pele, pois são eventos adversos preveníveis e que podem favorecer o surgimento de complicações, danos, sequelas ou levar à morte.

Lesões de outras etiologias podem ser confundidas com as categorias I e II úlcera por pressão (estágios iniciais) e a suspeita de lesão tissular profunda (pré-lesão). A facilidade de confundir se deve às semelhanças de suas características clínicas. Conhecê-las é fundamental para que os profissionais de saúde possam estar identificando os tipos de lesões, suas causas e norteados melhor as condutas a serem estabelecidas na prevenção de suas incidências. São elas:

DERMATITE ASSOCIADA À INCONTINÊNCIA (DAI)

É uma manifestação clínica de lesões de pele associadas à umidade, comum em pacientes com incontinência urinária e/ou fecal. Trata-se de uma inflamação de pele que ocorre em consequência do contato da pele perineal, perigenital, perianal e adjacências com a urina e fezes. Caracterizam-se por erosão da epiderme e aparência macerada da pele (CHIMETÃO; DOMANSKY, 2012).



LESÃO POR FRICÇÃO (SKIN TEAR)

É uma ferida rasa, limitada à derme associada a um traumatismo mecânico resultante de fricção e cisalhamento, que leva a epiderme a se separar da derme, sendo essa a sua principal característica. A expressão inglesa *skin tear* foi traduzida e validada para a língua





portuguesa por Strazzieri Pulido, em 2010 (PERES; STRAZZIEIRI-PILIDO, 2012).	
LESÃO POR ADESIVO (SKINSTRIPPING) É um tipo de lesão por fricção resultante da aplicação ou remoção inadequada de adesivo ou quando a pele apresenta-se vulnerável ou não está devidamente protegida (NASIMOTO; DOMANSKY, 2012).	

A lesão por adesivo é citada na literatura como *SkinStripping*, que é um tipo de lesão por fricção resultante do uso de adesivos, ocasionado por trauma durante a remoção inadequada.

Dois grupos são vulneráveis:

- Idosos;
- Prematuro.

Pode ocasionar:

- Exacerbação da dor;
- Atraso no processo de cicatrização;
- Aumento de custos;
- Redução da qualidade de vida (NASIMOTO; DOMANSKY, 2012).

O manejo da úlcera por pressão deve envolver todos os componentes da equipe multiprofissional em saúde, notadamente médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, dentre outros.

É nesse panorama que o fisioterapeuta se insere, buscando atuar na promoção da saúde, prevenção destas lesões e tratamento/recuperação cinético-funcional. A fisioterapia motora contribui para a prevenção do declínio funcional dos pacientes acamados, que possuem grande predisposição às alterações cinéticas e funcionais associadas à síndrome do imobilismo. Assim, são realizados regularmente os reposicionamentos no leito, que somados às mudanças de decúbito realizadas pela equipe de enfermagem, contribuem para a diminuição de lesões em áreas de exposição óssea. Além disso, a cinesioterapia realizada a partir da mobilização precoce corrobora com a manutenção da



amplitude das articulações, do tônus muscular e diminui os efeitos sistêmicos da estase sanguínea e déficits circulatórios (MARILLOU; HASTINGS; GARBER, 2009).

Ressalta-se que o fisioterapeuta deve atuar na prevenção de lesões de pele na perspectiva da educação em saúde aos profissionais, acompanhantes e cuidadores abordando principalmente a importância da mobilidade humana e o quanto ela contribui para a recuperação funcional e redução de complicações secundárias e sintomatologias prejudiciais, como dor, edema, contraturas musculares, deformidades articulares e lesões de pele em outros locais do organismo.

O estado nutricional do paciente é outro fator de suma importância na abordagem com o paciente com úlcera por pressão. O nutricionista deve fazer parte da equipe interdisciplinar, integrando suas ações no plano de prevenção e tratamento das úlceras pressóricas.

Há algumas evidências que a desnutrição está diretamente relacionada com a gravidade e a incidência das úlceras por pressão. A ingestão calórica reduzida, a desidratação e uma redução de albumina sérica podem diminuir a tolerância da pele e do tecido subjacente à pressão e às forças de fricção, o que aumenta o risco de excisão da pele e reduz a cicatrização da ferida. Também se constatou que a combinação da perda da massa muscular junto com a mobilidade aumenta o risco de úlceras por pressão até 74%.

Estudos experimentais em modelos com animais e estudos observacionais sugerem uma relação biologicamente plausível entre a desnutrição e o surgimento de úlceras por pressão. Os pacientes desnutridos têm duas vezes maior probabilidade de desenvolver uma úlcera por pressão que os não desnutridos. Um estudo demonstrou que a ingestão nutricional inadequada, definida como falta de apetite persistente, problemas de alimentação por doenças gastrointestinais, ou uma dieta com menos de 1000 Kcal ou 50 gramas de proteínas por dia, levou ao desenvolvimento de úlceras por pressão em doentes de longa duração. No entanto, nenhuma variável, inclusive a albumina, proteínas séricas, hemoglobina, contagem leucocitária, índice de massa corporal ou peso corporal, foram significativos (SORIANO; PÉREZ, 2011).

A *European Pressure Ulcer Advisory Panel* e *National Pressure Ulcer Advisory Panel* recomendam que no rastreio nutricional, os indivíduos propensos ao desenvolvimento de úlceras de pressão que se encontrarem desnutridos ou em risco nutricional, devem ser avaliados de forma sistemática e de forma abrangente. Cada indivíduo que se encontre em risco nutricional ou risco de úlcera de pressão deve receber suporte nutricional suplementar (EPUAP, 2009, NPUAP, 2009).



O enfermeiro desempenha um papel importante na promoção, na prevenção da saúde e no tratamento das doenças. Por meio da sistematização da assistência de enfermagem, ele realiza uma avaliação segura, confiável, baseada em evidências, que permitem o monitoramento, avaliação e planejamento das ações de enfermagem junto à problemática existente. Sua atuação é de suma importância para a redução da incidência e da prevalência de lesões de pele.

Os profissionais de enfermagem estão bem envolvidos no cuidado com lesões, sendo uma das categorias mais atuantes. Eles lidam diretamente com as terapias tópicas tanto na prevenção como no tratamento de lesões. Atualmente, existem diversos produtos no mercado destinados a essa área que podem ser padronizados em protocolos e que auxiliam na redução dos agravos relacionados à pele.

Ações relacionadas à avaliação e às condutas do nutricionista, do fisioterapeuta, do enfermeiro e de toda a equipe de saúde devem, portanto, integrar as estratégias definidas nos protocolos de prevenção e tratamento de úlceras por pressão e de outras lesões em virtude da relevante contribuição no combate à incidência desses agravos.

O guia de prática clínica e prevenção de úlceras por pressão preconiza em suas ações de vigilância da úlcera por pressão registrar a pele do cliente no ingresso e diariamente vigiar as fontes de pressão e fricção e recomenda o uso de superfícies de suporte e a utilização de ferramentas de avaliação do risco (ANDIDIC, 2007).

Dentro da proposta de cuidados preventivos com a pele, recomenda-se a instituição de um programa de redução de carga mecânica pelo uso de superfícies de suporte na redução da pressão, flutuação dos calcâneos e pressão entre os joelhos. Indica-se a lateralização e a elevação da cabeceira a 30° e a educação ao cuidador e à família como um todo (CALIRI; PEIPER; CARDOSO, 2002).

A abordagem interdisciplinar é uma estratégia bem mais eficaz no combate aos agravos de saúde. A utilização de protocolos são opções bem mais adequadas por definirem padrões de conduta sem, contudo, enrijecê-la. Seu intuito é tornar o processo assistencial o mais seguro possível e garantir os resultados baseados nas melhores práticas com intuito de chegar aos melhores resultados.

Sendo assim, os protocolos assistenciais devem ser um conjunto de recomendações de todos os profissionais envolvidos com a problemática em questão consolidadas num só instrumento disponível para consulta. Ressalta-se ainda a importância de treinar os profissionais envolvidos no protocolo para que o objetivo do mesmo possa ser atingido.



3 OBJETIVOS

Promover a prevenção de lesões de pele através da uniformidade de condutas, visando à qualidade da assistência e à excelência em resultados, com intuito de promover o bem estar do cliente com gestão eficiente do custo.

Definir as estratégias por categoria profissional, fortalecendo o exercício da prática da interdisciplinaridade, tendo em vista as peculiaridades de cada instituição gerenciada pelo ISGH: Hospitais, Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e Serviço de Atenção Domiciliar (SAD).

4 ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO POR PROFISSIONAL E SERVIÇOS ENVOLVIDOS - UNIDADES HOSPITALARES (EIXO ADULTO E INFANTIL)

| 4.1 ENFERMEIRO ESTOMATERAPEUTA |

- Coordenar e gerenciar as ações e estratégias do protocolo de prevenção de lesões de pele;
- Avaliar os indicadores de monitoramento do protocolo de prevenção de lesão de pele e realizar relatório geral do monitoramento do risco clínico úlcera por pressão (Anexo 1.16);
- Realizar educação permanente de acordo com análise da gestão por processos para profissionais de saúde e acadêmicos de acordo com as funções de cada categoria;
- Enviar relatório dos indicadores do monitoramento acadêmico dos riscos clínicos ao gerente de risco com dados por setor, referentes ao nº de pacientes com risco para úlcera por pressão e os outros riscos e a incidência de úlcera por pressão;
- Realizar interconsulta especializada quando necessário;
- Realizar assessoria técnica aos demais setores envolvidos no protocolo quando solicitado;
- Marcar reuniões para discussão do protocolo quando da necessidade e interagir junto ao time de liderança;
- Supervisionar estágio acadêmico de riscos clínicos nos protocolos relacionados à estomaterapia.



| 4.2. NÚCLEO DE GESTÃO E SEGURANÇA DO PACIENTE (NUGESP) |

4.2.1 GERÊNCIA DE RISCO

- Acompanhar a implementação do protocolo, fornecendo suporte para divulgação, treinamento e interação entre serviços;
- Acompanhar os incidentes e auxiliar a análise dos eventos adversos relacionados a lesões de pele, contribuindo com as sugestões das ações imediatas, assim como com o planejamento de ações a serem desenvolvidas a médio e longo prazo;
- Contribuir com as estratégias de prevenção de lesões de pele, orientando os processos inerentes a essa ação;
- Divulgar os indicadores definidos no protocolo para que a equipe operacional possa tomar conhecimento dos resultados, contribuindo para a realização das melhorias a serem feitas com vistas a atingir as metas definidas;
- Apoiar as equipes interdisciplinares na execução do protocolo;
- Planejar em conjunto com a estomaterapeuta e com o Centro de Estudos as ações de educação permanente referentes à implementação do protocolo;
- Desenvolver iniciativas, em conjunto com a estomaterapeuta, referentes à participação das categorias profissionais envolvidas na implementação do protocolo.

4.2.2 ASSESSORIA TÉCNICA DA QUALIDADE

- Assessorar o consolidado dos indicadores;
- Acompanhar a implementação de planos de ação realizados a partir da análise de incidentes;
- Auxiliar no consolidado das estratégias de prevenção de lesões de pele, orientando os processos inerentes a essa ação e sugerir melhorias e integração dos processos;
- Contribuir com a análise das estratégias de prevenção de lesões de pele, orientando os processos inerentes a essa ação;
- Favorecer o *Benchmarking* das informações com outros serviços de saúde que monitoram os agravos relacionados à integridade da pele.



| 4.3 COORDENAÇÃO GERAL DE ENFERMAGEM |

- Contribuir com as estratégias de prevenção de lesões de pele, orientando os processos inerentes a essa ação;
- Gerenciar as necessidades inerentes à infraestrutura e aos materiais necessários para execução do protocolo de prevenção de lesões de pele na instituição;
- Divulgar junto à gerência de risco os indicadores definidos no protocolo para que a equipe operacional possa tomar conhecimento dos resultados, contribuindo para a realização das melhorias a serem feitas com vistas a atingir as metas definidas;
- Apoiar as equipes interdisciplinares na execução do protocolo;
- Realizar as medidas administrativas a fim de viabilizar a execução do protocolo;
- Contribuir com as ações de educação permanentes para implementação do protocolo.

| 4.4 TIME DE LIDERANÇA |

- Supervisionar a unidade quanto ao cumprimento das estratégias preconizadas no protocolo de prevenção de lesões de pele;
- Apresentar relatórios mensais dos indicadores de monitoramento do protocolo nas reuniões setoriais;
- Discutir estratégias junto com a equipe interdisciplinar para a operacionalização e melhoria do protocolo;
- Motivar a equipe interdisciplinar na execução do protocolo;
- Realizar medidas administrativas, caso seja necessário, para promover o bom andamento do protocolo;
- Realizar a análise dos eventos adversos relacionados a lesões de pele, contribuindo com as sugestões das ações imediatas e com o planejamento de ações a serem desenvolvidas a médio e longo prazo. A análise deve ser em conjunto com a estomaterapia.

| 4.5 ENFERMEIRO ASSISTENCIAL |



- Avaliar diariamente, no prontuário eletrônico, o risco para úlcera por pressão através do instrumento de predição de risco escala de BRADEN (Anexo 1.1) para os pacientes acima de 5 anos completos e escala de BRADEN Q (Anexo 1.2) para as crianças de 29 dias a 5 anos, 11 meses e 29 dias. Todas as crianças da neonatologia serão consideradas de risco. As escalas de BRADEN serão disponibilizadas na íntegra no sistema e de acordo com a faixa etária. Na emergência, o acompanhamento dos riscos por meio da escala de BRADEN deverá ser iniciado após 24 horas após admissão;
- Registrar as condições da pele na admissão no histórico de enfermagem/prontuário eletrônico. Caso seja encontrada a presença de úlcera por pressão, realizar notificação do incidente por meio de formulário (Anexo 1.3) e/ou notificação eletrônica. Colocar no prontuário a categoria e localização da lesão admissional e ainda informações referentes à presença de lesões de outras etiologias, quando coexistir. A notificação deve conter as seguintes informações:
 - ✓ Nome do paciente;
 - ✓ Prontuário;
 - ✓ Enfermaria/Leito;
 - ✓ Idade;
 - ✓ Localização da incidência;
 - ✓ Categoria;
 - ✓ ESEL 11 (grau de dependência de enfermagem ou NAS nas UTIs);
 - ✓ Tempo de permanência hospitalar;
- Realizar monitoramento da pele dos pacientes internados e registrá-lo no formulário de monitoramento da integridade de pele (Anexo 1.4) que contempla todos os pacientes. Formulário individual que deverá ser preenchido pelo enfermeiro do setor. Nas UTIs utilizar em 100% dos pacientes. Nas unidades abertas somente para os pacientes de risco. O monitoramento dos cuidados com a pele deve ser registrado diariamente. A condição da pele na admissão deve ser registrada quanto à presença ou não de úlcera por pressão e marcar um X na localização da lesão na figura correspondente. As lesões que ocorrerem após o internamento devem conter um X marcado na localização da lesão na figura correspondente, registrando a data e a categoria da nova lesão. Na parte traseira do formulário devem ser



registradas todas as lesões e suas respectivas condutas tópicas com frequência semanal ou quando mudar conduta ou na presença de intercorrências. O formulário é individual e deve constar no prontuário de todos os pacientes internados com risco para úlcera por pressão ou com lesão;

- Instituir filme transparente não estéril tamanho 10x10 cm nas áreas de risco nos pacientes com BRADEN moderado, elevado e muito elevado para úlcera por pressão de acordo com os grupos a seguir:
 - ✓ Adulto e crianças: sacra, trocanter direita e esquerda e os calcâneos. (troca a cada 7 dias).
 - ✓ Neonatos: tórax anterior, tórax posterior, coxas e braços (troca de 7 a 15 dias) ou a critério da observação do enfermeiro;
- Realizar remoção dos filmes e hidrocoloide com a técnica horizontal conforme a Figura 1.

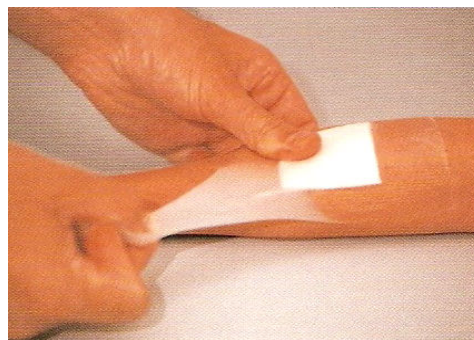


FIGURA 1

- Aplicar fita adesiva sem esticá-la, alisando toda a superfície aplicada, com pressão firme e suave. Pode-se fazer uma pequena dobra em uma das extremidades para facilitar remoção (Figura 2).

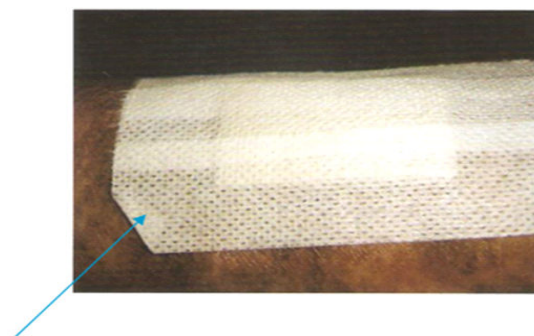
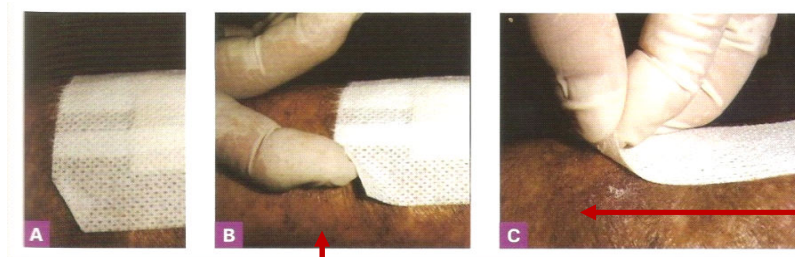


FIGURA 2

- Utilizar adesivo microporoso em pacientes com alergia ao produto ou em pele frágil.
- Remover fitas adesivas com soro fisiológico, fazendo pressão na remoção conforme a Figura 3.



Fazer pressão na pele
com a falange distal

Levantar a dobra

FIGURA 3

- Fixar acessos periféricos e centrais de acordo com as recomendações da fixação segura. Observar os sinais de hiperemia, foliculite e maceração. Fixar a fita de estabilização do cateter de acordo com a figura 4:

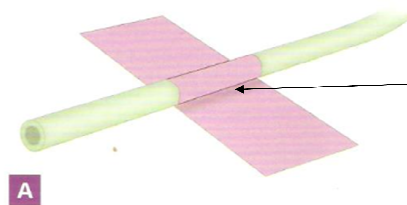


FIGURA 4

- Nas Fixações da sonda vesical de demora, sondas nasogástricas e enterais, pode-se fazer uma base com micropore e fixar com a sonda com esparadrapo. Nos neonatos, a base deve ser de hidrocoloide fino. Utilizar tensoplast de acordo com a avaliação do enfermeiro.
- Na prevenção de dermatites associadas à incontinência, utilizar produto padronizado pela instituição à base de vitamina A + D e óxido de zinco. Os casos especiais devem ser avaliados pela estomaterapia quanto ao uso de protetor cutâneo creme nos pacientes que apresentarem risco de lesão de pele por diarreia crônica, líquida persistente ou outras situações clínicas. A aplicação deve ser de acordo com a avaliação da estomaterapeuta. Solicitar interconsulta.
- Solicitar interconsulta da estomaterapia para utilizar protetor cutâneo creme em ferida exsudativa, em região de peleperiestoma de ileostomizados, de fistulas e locais de inserção de drenos com alta exsudação, bem como pacientes com cuidados paliativos e outras situações não descritas no protocolo. O protetor cutâneo *spray* é utilizado somente quando a dermatite está instalada.
- Instituir superfície de suporte em até 24 horas da admissão, de acordo com o risco da escala de BRADEN conforme o Quadro 1, sinalizado pelo prontuário eletrônico. Solicitar a superfície



através de comunicação interna (CI), informando nome do paciente, prontuário, BRADEN e leito.
Enviar CI para central de equipamentos.

QUADRO 1 – Recomendação do Uso da Superfície de Suporte de Acordo com o Risco da Escala de BRADEN.

RISCO	TIPO DE COLCHÃO	PROCEDIMENTO.
Leve	Piramidal	Solicitar na farmácia.
Moderado / Elevado	Pneumático	Solicitar na Central de equipamentos.
Muito elevado		

- Realizar prescrição de enfermagem que contemple o plano terapêutico para prevenção de lesões de pele.
- Supervisionar a mudança de decúbito que deverá ser instituída a todos os pacientes com risco para úlcera por pressão. Checar o posicionamento do leito do paciente na prescrição de enfermagem de acordo com o relógio de orientação de mudança de decúbito (anexo 1.5);
- Toda a equipe interdisciplinar deverá estar contribuindo com o monitoramento da realização da mudança de decúbito, levando em consideração que:
 - A mudança de decúbito, bem como seu registro e supervisão, deve ser realizada em todos os pacientes com risco de desenvolver úlcera por pressão, seja leve, moderado, elevado ou muito elevado.
 - A supervisão da mudança de decúbito deve envolver toda a equipe assistencial, incluindo técnico de enfermagem, enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudiólogo e médico.
 - O registro da mudança de decúbito deverá ser feito considerando-se as semelhanças e diferenças dos setores do hospital, conforme o quadro 2.

QUADRO 2 - Recomendações para Metodologia da Mudança de Decúbito

UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA (UTI), INTERMEDIÁRIA I - UTILIZAR EM 100% DOS PACIENTES.	UTILIZAR FORMULÁRIO DE MONITORAMENTO DA INTEGRIDADE DE PELE (ANEXO 1.4) QUE DEVERÁ SER PREENCHIDO UMA VEZ AO DIA. DEVERÁ CONSTAR A ASSINATURA DO ENFERMEIRO DE PLANTÃO.
UNIDADES DE INTERNAMENTO ABERTAS E UNIDADES DE EMERGÊNCIA, COM EXCEÇÃO DA INTERMEDIÁRIA I, UTILIZAR SOMENTE NOS PACIENTES DE RISCO LEVE A MUITO ELEVADO DA ESCALA DE BRADEN NO ADULTO E ALTO RISCO NO INFANTIL.	UTILIZAR O RELÓGIO DE ORIENTAÇÃO DE MUDANÇA DE DECÚBITO (ANEXO 1.5).



- Solicitar produtos relacionados à prevenção de lesões através do formulário de solicitação de curativos especiais (Anexo 1.6). Solicitar interconsulta do especialista quando necessário para avaliação e liberação de produtos de alto custo. Ver quadro 6 que define a liberação e distribuição de produtos pela farmácia.

| 4.6 TÉCNICO DE ENFERMAGEM |

- Inspecionar e observar a pele na admissão, durante o banho e mudança de decúbito quanto aos sinais de hiperemia ou presença de lesões;
- Realizar higiene corporal dos pacientes com indicação de banho no leito com sabonete líquido padronizado pela instituição. Realizar inspeção das áreas de maior colonização da pele (perineal e perianal) quanto à presença de hiperemias e presença de lesões;
- Comunicar as alterações ao enfermeiro e ao médico;
- Na neonatologia, o banho será diário se RN com peso > 1300 Kg e em dias alternados se peso < 1300 Kg, com sabonete líquido padronizado pela instituição;
- Realizar hidratação da pele com produto padronizado pela instituição: hidratante à base de ácido graxo essencial (AGE) e *aloe vera* para pacientes no eixo adulto, com risco a partir de moderado da Escala de BRADEN. Na área infantil não será utilizado hidratante, somente produto para prevenção de dermatite padronizado pela instituição;
- Utilizar protetor cutâneo nas situações e locais definidos pela estomaterapia;
- Checar a prescrição de enfermagem;
- Verificar a pressão dos sensores dos oxímetros de pulso nos quirodáticos, promovendo rodízio do equipamento entre os diversos dedos a cada três horas ou a cada duas horas na neonatologia;
- Evitar fricção e cisalhamento através das seguintes medidas:
 - Não massagear a pele de pessoas sob risco de desenvolver lesão por fricção: idosos e neonatos;
 - Não massagear a pele durante a aplicação de cremes, aplicar camada em sentido unidirecional;
 - Manter cabeceira do leito elevada a 30º, inclusive dos pacientes adultos ou crianças com dieta contínua (24h) salvo nos casos de intercorrência e administração da dieta. Na



unidade breve adulto ou em outro local em que os pacientes fiquem sobre macas por tempo prolongado, deve-se utilizar o triângulo para que seja mantida a elevação necessária, caso não haja contraindicação.

- Realizar mobilização com uso de acessórios de acordo com o tipo de unidade assistencial definido no Quadro 3:

QUADRO 3 - Recomendações do Uso de Acessórios na Mobilização e Mudança de Decúbito e Superfície de suporte (Pneumático).

UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA (UTI) E INTERMEDIÁRIA I	• Travesseiro para flutuação de calcâneo/distribuição de pressão entre o joelho (uma unidade por paciente). • Triângulo para lateralização (uma unidade por paciente). • Triângulo para mobilização (sentar, elevar membros) – 2 por unidade. • Superfície de suporte (Pneumático) – 100%.
UNIDADE DE CUIDADOS ESPECIAIS (UCE I) - PACIENTES CRÍTICOS SEMI-INTENSIVA INTERMEDIÁRIA II	• Travesseiro para flutuação de calcâneo/distribuição de pressão entre o joelho (uma unidade por paciente). • Triângulo para lateralização (uma unidade por paciente). • Triângulo para mobilização (sentar, elevar membros). – 2 por unidade. Exceto semi-intensiva. • Superfície de suporte (Pneumático) – 90%.
UNIDADE DE CUIDADOS ESPECIAIS (UCE II)	• Travesseiro para flutuação de calcâneo/distribuição de pressão entre o joelho – 70% da unidade. • Triângulo para lateralização – 70% da unidade. • Superfície de suporte (Pneumático) – 45% da unidade.
CLÍNICAS MÉDICAS, UNIDADE DE AVC INTERMEDIÁRIA DE PACIENTES CRÍTICOS INFANTIL.	• Travesseiro para cabeça (30% da unidade), exceto intermediária. • Travesseiro para flutuação de calcâneo/distribuição de pressão entre o joelho – 30% da unidade. • Triângulo para lateralização – 30% da unidade. • Superfície de suporte (Pneumático). Na intermediária: de acordo com a avaliação da estomaterapeuta.
CLÍNICA CIRÚRGICA, CLÍNICA OBSTÉTRICA E CLÍNICA PEDIÁTRICA E INTERMEDIÁRIA PEDIÁTRICA	• Travesseiro para cabeça (uma unidade por paciente - Na pediatria, 2 por unidade). • Travesseiro para flutuação de calcâneo/ distribuição de pressão entre o joelho – 2 por unidade. • Triângulo para lateralização – 2 por unidade, 4 na cirúrgica. • Superfície de suporte (Pneumático) – 1 colchão por unidade.
OBSERVAÇÃO BREVE ADULTO E INFANTIL	• Travesseiro para flutuação de calcâneo/distribuição de pressão entre o joelho (2 por unidade). • Triângulo para lateralização, alimentação elevação da cabeceira (2 por unidade).



**SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA
DOMICILIAR (SAD)**

- **Orientar cliente sobre os acessórios a ser utilizado no domicílio. Adaptar a situação de acordo com os recursos do paciente.**

- Realizar flutuação de calcâneos e lateralização a 30° nos pacientes com risco, com assessórios específicos conforme a figura 5.



FIGURA 5

- Realizar troca de lençóis a cada 24 horas ou se necessário, ou seja, na presença de sujidade por fluídos humanos.
- Mobilizar cliente no leito sem arrastar, utilizar travessa como acessório.
- Utilizar medidas de redução de umidade:
 - Paciente adulto, incontinente, do sexo feminino: fralda descartável com troca a cada 6 horas ou se saturação de urina ou presença de fezes ou sangue. Mulheres em período reprodutivo, disponibilizar absorvente descartável no período menstrual.
 - No Paciente adulto, incontinente fecal, do sexo masculino: utilizar fralda descartável com troca a cada 24 horas ou se necessário. Na incontinência urinária utilizar dispositivo urinário externo descartável (uopen) a cada 24 horas, trocado após o banho. Fazer a fixação com uma gaze circundando o pênis e esparadrapo na borda sem comprimir.
 - Na UTI Neo, a fralda deve ser trocada a cada 3 horas. Nas situações de hipossaturação, deve-se avaliar o custo benefício de troca da fralda devido ao risco de dermatite associada à incontinência (DAI). Em UTI Pediátrica, a troca da fralda será de acordo com o balanço hídrico ou com a necessidade. Em clínica pediátrica, a troca é de acordo com a necessidade.



- Nos casos de alergia à fralda, comunicar ao médico assistente a confecção de CI de solicitação da fralda hipoalergênica padronizada que deverá conter a autorização do coordenador médico ou da supervisora no final de semana. A CI de solicitação deverá conter o relato do ocorrido, o nome do paciente, prontuário, unidade e leito. Após a assinatura do coordenador médico, encaminhar a CI para farmácia. Deixar livre a família quanto à decisão de trazer fralda nos casos em que não aceitar a fralda fornecida pelo hospital.
- No adulto, comunicar ao médico ou enfermeiro a aquisição de outro produto similar.
- Realizar administração de água e líquidos de acordo com prescrição médica e do nutricionista.
- Realizar balanço hídrico conforme prescrição médica.
- Fazer contenção com material padronizado de acordo com prescrição médica.
- Notificar eventos adversos relacionados à pele, contribuindo com o monitoramento dos riscos clínicos realizados pelos acadêmicos de enfermagem.
- Comunicar alterações à equipe interdisciplinar.

| 4.7 NUTRICIONISTA |

- Realizar diagnóstico nutricional considerando as seguintes recomendações:
- Utilizar ferramentas validadas de acordo com faixa etária: no eixo adulto, nos pacientes até 65 anos será realizado através do instrumento Rastreamento de Risco Nutricional adaptado do NutritionRiskScreening (NRS) (KONDRUP et al, 2003) (Anexo 1.7). No idoso, será utilizado o instrumento adaptado Mini Avaliação Nutricional (MNA) (MCGEE; JENSEN, 2000)(Anexo 1.8) e no eixo infantil, será aplicado o instrumento Triagem de Risco Nutricional (Anexo 1.9) adaptado do StrongKids (HULST et al, 2010).
- A avaliação nutricional objetiva incluirá avaliação clínica, antropométrica, física e bioquímica: Na impossibilidade de locomoção e/ou, restrição à mudança de decúbito, a estatura será estimada através da Equação de Chumlea e o peso ideal e/ou estimado pela utilização do índice de massa corpórea (IMC) médio para sexo e idade e Equação de Chumlea, respectivamente.



A avaliação física incluirá o aspecto geral do paciente, observando-se a integridade da pele, atentando-se para a presença de edema, ascite, alterações cutâneas, alterações mucosas, petéquias ou equimoses, glossite, estomatite ou queilose.

Os parâmetros bioquímicos utilizados para auxiliar na avaliação nutricional serão a proteína sérica albumina (concentração normal entre 3,5 e 5,0 g/dL) e a contagem total de linfócitos cujo montante inferior a 1500 células/mm³ é indicativo de desnutrição. Considerando que a anemia pode contribuir para a formação de úlceras por pressão, os níveis de hematócrito e hemoglobina serão adotados como parâmetros clínicos de avaliação (FONTOURA *et al*, 2006).

- Realizar diariamente história clínica abordando as alterações da ingestão alimentar, como jejum para procedimentos e perdas excessivas como vômitos, fístulas, diarreia e má absorção.
- Prover as necessidades nutricionais do paciente, no que diz respeito a calorias, proteínas e líquidos que ajudam a determinar se o consumo diário está sendo suficiente. No cálculo das necessidades energéticas e hídricas, serão utilizadas as fórmulas diretas de acordo com as recomendações protéicas específicas para pacientes com risco pontuado pela escala de BRADEN e diagnóstico de risco nutricional, descritas no Quadro 4 e 5:

QUADRO 4 - Recomendações Nutricionais e Hídricas na Prevenção de Úlcera por Pressão no Paciente Adulto:

DIAGNÓSTICO DE RISCO	RISCO BRADEN	RECOMENDAÇÃO ENERGÉTICA	RECOMENDAÇÃO PROTÉICA	RECOMENDAÇÃO HÍDRICA
SEM RISCO	SEM RISCO	30 Kcal/dia	0,8 a 1,0g/kg	30mL/Kg/Dia
	RISCO LEVE	30 a 35Kcal/dia	0,8 a 1,0g/kg	30mL/Kg/Dia
	RISCO MODERADO	30 a 35Kcal/dia	1,0 a 1,2g/kg	30mL/Kg/Dia
	RISCO ELEVADO	30 a 35Kcal/dia	1,0 a 1,2g/kg	30mL/Kg/Dia
	RISCO MUITO ELEVADO	30 a 35Kcal/dia	1,25 a 1,5g/kg	30mL/Kg/Dia
COM RISCO (REPETITIVO, MESMA COISA, PODERIA RESUMIR)	SEM RISCO	30 a 35Kcal/dia ou 35 a 40 Kcal/dia*	1,0 a 1,25g/kg	30mL/Kg/Dia
	RISCO LEVE	30 a 35Kcal/dia ou 35 a 40 Kcal/dia*	1,25 a 1,5g/kg	30mL/Kg/Dia
	RISCO MODERADO	30 a 35Kcal/dia ou 35 a 40 Kcal/dia*	1,25 a 1,5g/kg	30mL/Kg/Dia
	RISCO ELEVADO	30 a 35Kcal/dia ou 35 a 40 Kcal/dia*	1,25 a 1,5g/kg	30mL/Kg/Dia
	RISCO MUITO ELEVADO	30 a 35Kcal/dia ou 35 a 40 Kcal/dia*	1,25 a 1,5g/kg	30mL/Kg/Dia

*Pacientes com diagnóstico nutricional de desnutrição. (Força da evidência – C).



QUADRO 5 - Recomendações nutricionais e hídricas na prevenção de úlcera por pressão no paciente pediátrico

DIAGNÓSTICO DE RISCO	RISCO BRADEN	RECOMENDAÇÃO ENERGÉTICA	RECOMENDAÇÃO PROTÉICA	RECOMENDAÇÃO HÍDRICA
SEM RISCO	BAIXO RISCO	Cálculo individual de acordo com o ciclo de vida e peso		
	ALTO RISCO	Cálculo individual de acordo com o ciclo de vida e peso		
COM RISCO	BAIXO RISCO	Cálculo individual de acordo com o ciclo de vida e peso		
	ALTO RISCO	Cálculo individual de acordo com o ciclo de vida e peso		

(Força da evidência – C)

- Responder notificação de incidente de úlcera por pressão quanto ao estado nutricional e riscos inerentes, bem como as medidas imediatas para a resolução do ocorrido do paciente notificado juntamente com outros membros da equipe interdisciplinar.
- As lesões de outras etiologias serão avaliadas pelo exame físico para diagnóstico nutricional, norteando as possíveis intervenções.

| 4.8 FISIOTERAPEUTA |

- Realizar mobilização dos pacientes de acordo com avaliação e definição de plano terapêutico;
- Notificar eventos adversos relacionados à pele;
- Comunicar alterações à equipe interdisciplinar;
- Responder notificação de incidente de úlcera por pressão avaliando os aspectos inerentes à mobilidade, bem como instituir as medidas imediatas para a resolução do ocorrido, juntamente com outros membros da equipe interdisciplinar;
- Adequar a pressão e tamanho da interface (prongas e máscaras) em pacientes sob suporte ventilatório não invasivo, evitando lesões faciais;



- Inspeccionar e posicionar adequadamente as vias aéreas artificiais, evitando lesões em comissura labial, cavidade oral e estomias. Trocar fixação, mudando o posicionamento do tubo a cada 12 horas ou quando necessário;
- Verificar a pressão dos sensores dos oxímetros de pulso nos quirodáticos, avaliando se o técnico de enfermagem está realizando o rodízio do equipamento entre os diversos dedos pelo menos a cada três horas ou a cada duas horas na neonatologia;
- Realizar mobilização precoce e contínua dos pacientes, sedestação, ortostatismo, deambulação, além de planejar e executar estratégias de adaptação, readaptação, orientação e capacitação dos clientes/pacientes/usuários, visando à maior funcionalidade do paciente e evitando as lesões de pele.

| 4.9 MÉDICO |

- Registrar em prescrição médica a restrição da mudança de decúbito;
- Reavaliar a restrição da mudança de decúbito a cada 12 horas;
- Identificar precocemente situações que acarretam fragilidade da pele, como edema, fragilidade capilar, sudorese, entre outras, instituindo planejamento terapêutico apropriado para cada situação;
- Discutir junto com a equipe interdisciplinar a retirada de sondas, cateteres e outros dispositivos em pacientes com feridas;
- Solicitar investigação diagnóstica e interconsultas de acordo com cada caso;
- Atuar de forma interdisciplinar e mobilizar a equipe assistencial na execução do protocolo de prevenção de lesões;
- Notificar eventos adversos relacionados à pele;
- Responder notificação de incidente de úlcera por pressão quanto ao quadro clínico do paciente notificado, bem como as medidas imediatas para a resolução do ocorrido, juntamente com outros membros da equipe interdisciplinar.

| 4.10 FARMÁCIA |



- Realizar a compra programada dos produtos e materiais relacionados ao Protocolo de Prevenção de Lesões de Pele do ISGH;
- Fazer controle de estoque mínimo dos produtos;
- Realizar compra emergencial quando necessário;
- Dispensar através da farmácia satélite os produtos definidos no protocolo, atentando para aqueles que necessitam da liberação do estomaterapeuta (Quadro 6);
- Providenciar a substituição dos produtos conforme orientação da estomaterapia.

QUADRO 6 - Recomendações para Dispensação Farmacêutica dos Produtos para Prevenção de Lesões de Pele

PRODUTOS SOLICITADOS PELO ENFERMEIRO NÃO NECESSITAM AUTORIZAÇÃO DA ESTOMATERAPEUTA					
N.º	IMAGEM	INDICAÇÃO	PRODUTO	PRAZO PARA SOLICITAÇÃO	SETOR
1		Proteção de pele em áreas de risco – Adultos e crianças: sacra, trocater e calcâneos. Neonatos: tórax anterior e posterior, coxa e braços.	Curativo filme transparente adesivo não estéril em rolo 10cmx10m. Recortes: 10x10 cm	Formulário 7 dias	Unidades de internamento Emergência SAD.
2		Proteção de pele em paciente com osso proeminente na região sacral.	Curativo Hidrocoloide c/ Alginato 10cmx10cm.	Formulário 5 dias	Unidades de internamento do eixo adulto SAD/Emergência.
3		Proteção de pele em paciente com osso proeminente na região sacral.	Curativo transparente hidrocoloide 10cmx10cm fino.	Formulário 5 dias	Unidades de internamento do eixo infantil SAD/ Emergência.
4		Hidratação da Pele.	Hidratante com Aloe Vera e AGE.	Produto de uso coletivo (devolver frasco vazio).	Unidades de internamento/SAD/ Emergência.
PRODUTOS SOLICITADOS PELO ENFERMEIRO QUE NECESSITAM AUTORIZAÇÃO DA ESTOMATERAPEUTA					
1		Proteção de dermatite Associada à Incontinência. Proteção de pele periestoma. Proteção de pele adjacente em feridas muito exsudativas.	Protetor cutâneo creme	Formulário 7 dias (devolver frasco vazio).	Demais setores de internamento emergência, e SAD.

*Nos casos de isolamento de contato, o hidratante e o protetor cutâneo creme devem ser fracionados pela equipe de enfermagem em copo descartável de plástico com a quantidade para o uso único.



| 4.11 ENGENHARIA CLÍNICA |

- Realizar compra programada de superfície de suporte do tipo pneumático atentando para o estoque crítico;
- Dispensar superfície do tipo pneumática através da central de equipamentos mediante o encaminhamento da CI enviada pela unidade assistencial através do enfermeiro de plantão;
- Fazer manutenção preventiva do equipamento seguindo o plano de manutenção anual que será enviado aos coordenadores dos setores;
- Receber os equipamentos (superfície de suporte e acessórios) com danos e defeitos mediante CI encaminhada à central de equipamentos, que recolhe e envia à engenharia para reparo;
- Instalar superfície de suporte (pneumático).

| 4.12 NÚCLEO ADMINISTRATIVO - HOTELARIA |

- Realizar desinfecção dos acessórios e da superfície de suporte de redistribuição com desinfetante padronizado pela instituição nas seguintes situações:
 - Limpezas terminais na ocasião da alta, óbito ou transferência interna;
 - Limpezas de longa permanência a cada 30 dias. O sistema indica o tempo de internação e a SERVAL monitora;
 - Nas limpezas concorrentes, o lençol é trocado.
- Realizar compra para aquisição de acessórios através de solicitação de compra contendo as especificações, justificativa e quantidade. A solicitação deverá ser encaminhada ao setor de hotelaria da instituição que enviará à hotelaria do ISGH para análise e autorização.

| 4.13 ACADÊMICO DE ENFERMAGEM |

O responsável técnico pelos acadêmicos de enfermagem no gerenciamento dos riscos de prevenção de lesão de pele é o enfermeiro estomaterapeuta.

- Realizar visita ativa supervisionada pelo enfermeiro do setor nas unidades de internamento para busca dos dados relacionados à condição da pele na admissão e durante o internamento e incidência de úlcera por pressão (Anexo 1.10);



- Realizar o *checklist* do gerenciamento do risco para úlcera por pressão e dos outros riscos clínicos (Anexo 1.11);
- Realizar relatório do monitoramento das intercorrências assistenciais (Anexo 1.12) e administrativas (Anexo 1.13) dos riscos clínicos que serão entregues ao coordenador de enfermagem do setor. O relatório das intercorrências assistenciais será entregue ao enfermeiro de plantão para serem corrigidos os problemas de forma imediata. No final do mês será entregue o consolidado das intercorrências por setor aos coordenadores de enfermagem (Anexo 1.4);
- Realizar a notificação do incidente junto com o enfermeiro de plantão com assinatura no formulário de registro setorial de notificação de incidente e no formulário de registro de incidente (Anexo 1.3). Nas unidades com sistema de notificação do incidente eletrônico, descontinuar os formulários;
- A notificação do incidente deverá conter as seguintes informações: Nome do paciente, prontuário, idade, BRADEN, ESEL 11, NAS e tempo de internamento na ocorrência, local e categoria da úlcera por pressão;
- Realizar relatório setorial de monitoramento do risco clínico (Anexo 1.16) do setor que monitora e enviar para a estomaterapeuta para realizar o consolidado geral e enviar para gerência de risco.
- Os relatórios serão entregues na qualidade que alimentará a planilha e a geração dos gráficos para análise da estomaterapia e depois deverá ser entregue o consolidado geral (Anexo 1.17) à gerência de risco e coordenadores de enfermagem dos setores.

5 ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO POR PROFISSIONAL E SERVIÇOS ENVOLVIDOS- UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) - INSTITUIR APÓS 24 HORAS NOS PACIENTES ACAMADOS.

| 5.1 ENFERMEIRO |

- Instituir filme transparente não estéril tamanho 10x10 cm nas áreas de risco nos pacientes acamados acima de 24 horas de internamento na UPA:
 - Adulto e crianças: sacra, trocanter direita e esquerda e os calcâneos. (troca a cada 7 dias).



- Neonatos: tórax anterior, tórax posterior, coxas e braços (troca de 7 a 15 dias).
- Remover fitas adesivas com soro fisiológico e fazendo pressão na remoção;
- Fixar acessos periféricos com IV FIX em pacientes com transferência, em idosos e crianças de acordo com quadro clínico. Outras situações que envolvem o acesso venoso como acessos centrais, sonda vesical de demora, sondas nasogástricas e enterais, fazer uma base com micropore e fixar com esparadrapo;
- Supervisionar a mudança de decúbito.

| 5.2 TÉCNICO DE ENFERMAGEM |

- Instituir relógio de orientação de mudança de decúbito no leito (Anexos) somente nos pacientes acamados com tempo superior às 24 horas na unidade;
- Realizar o registro da mudança de decúbito na observação de enfermagem no prontuário do paciente;
- Realizar higiene corporal dos pacientes com indicação de banho no leito, com sabonete líquido padronizado pela instituição;
- Realizar hidratação corporal após o banho;
- Realizar remoção de fitas adesivas de acordo com Figura 3 das atribuições do enfermeiro;
- Realizar fixação de cateteres e sondas, fazendo uma base com micropore e fixando com esparadrapo;
- Realizar troca de lençóis a cada 24 horas ou em caso de presença de sujidade por fluídos humanos;
- Utilizar medidas de redução de umidade:
 - Fralda com troca de acordo com a necessidade. Não deixar o paciente com fralda saturada de fezes ou urina.
 - Dispositivo urinário externo descartável para sexo masculino, troca após o banho. Fixar com uma gaze em volta do dispositivo. Fixar com micropore.

| 5.3 MÉDICO |



- Identificar precocemente situações que acarretam fragilidade da pele, como edema, fragilidade capilar, sudorese entre outras, instituindo planejamento terapêutico apropriado para cada situação.

| 5.4 FARMÁCIA |

- Dispensar os produtos definidos no protocolo: filme transparente não estéril por paciente através de CI e hidratante para uso coletivo (devolver frasco vazio).

6 ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO POR PROFISSIONAL E SERVIÇOS ENVOLVIDOS - SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR (SAD)

| 6.1 ENFERMEIRO |

- Avaliar o risco para úlcera por pressão no adulto e na criança de acordo com as escalas de BRADEN específicas para cada faixa etária na admissão;
- Registrar a condição da pele na admissão no prontuário quanto à presença de úlcera por pressão, identificando sua categoria e localização e ainda a presença de lesões de outras etiologias;
- Avaliar a condição da pele na visita domiciliar;
- Registrar as lesões novas (incidência) no prontuário;
- Realizar monitoramento dos indicadores de risco para úlcera por pressão pela escala de BRADEN e incidência de úlcera por pressão no domicílio;
- Orientar o cuidador sobre as estratégias de prevenção de lesões de pele.

| 6.2 CUIDADOR |

Orientações para o cuidador:

- Realizar higiene corporal dos pacientes com sabonete líquido neutro;



- Realizar hidratação corporal após o banho;
- Administração de água e líquidos de acordo com orientação da nutricionista;
- Realizar remoção de fitas adesivas de acordo com soro fisiológico do enfermeiro e fixação de cateteres e sondas com esparadrapo;
- Realizar troca de lençóis a cada 24 horas ou em caso de presença de sujidade por fluídos humanos;
- Utilizar medidas de redução de umidade: fralda com troca de acordo com a necessidade. Não deixar o paciente com fralda saturada de fezes ou urina;
- Dispositivo urinário externo descartável para sexo masculino, troca após o banho. Uma unidade a cada dois dias. Deve ser higienizado;
- Manter cabeceira do leito elevada a 30°, salvo nos casos de intercorrência e administração da dieta;
- Realizar a mudança de decúbito a cada 3 horas de acordo com relógio de orientação de mudança de decúbito no leito;
- Mobilizar cliente no leito sem arrastar, utilizar travessa com lençol.

| 6.3 NUTRICIONISTA |

- Avaliar o risco nutricional dos pacientes admitidos e de acordo com a definição em reunião multiprofissional;
- Prover as necessidades nutricionais do paciente, no que diz respeito a calorias, proteínas e líquidos que ajudam a determinar se o consumo diário está sendo suficiente;
- Orientar cuidados com a higiene e preparo da dieta artesanal ou industrial.

| 6.4 FISIOTERAPEUTA |

- Orientar a mobilização do pacientes de acordo com avaliação e definição de plano terapêutico;
- Notificar eventos adversos relacionados à pele;
- Comunicar alterações à equipe interdisciplinar.



| 6.5 MÉDICO |

- Identificar precocemente situações que acarretam fragilidade da pele, como edema, fragilidade capilar, sudorese entre outras, instituindo planejamento terapêutico apropriado para cada situação;
- Solicitar investigação diagnóstica e interconsultas de acordo com cada caso;
- Atuar de forma interdisciplinar e mobilizar a equipe assistencial na execução do protocolo de prevenção de lesões.

7 INSTRUMENTO DE GERENCIAMENTO DO PROTOCOLO

O ISGH utiliza as diretrizes de monitoramento e avaliação baseadas nas recomendações da Organização Nacional de Acreditação Hospitalar (ONA) e pela experiência de 9 anos com a gestão por processos na área de lesões do Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara. A prática e a vivência na análise de incidência de úlcera por pressão fez com que a estomaterapia juntamente com a gerência de risco e o Comitê da Qualidade definissem os indicadores mais relevantes de monitoramento. Em virtude da úlcera por pressão ser a lesão de maior impacto na assistência, os indicadores de monitoramento selecionados estão relacionados a esse agravo. Os indicadores serão mensurados nas unidades hospitalares e no Programa de Assistência Domiciliar (PAD) de acordo com o Quadro 7. Na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) será mensurada somente a incidência de úlcera por pressão. Serão considerados pacientes de risco todos os acamados que permanecerem por mais de 24 horas.



QUADRO 7 - Indicadores de Acompanhamento

N.º	INDICADOR	FÓRMULA E UNIDADE	FREQUÊNCIA DE PRODUÇÃO
1	% de avaliados quanto ao risco de úlcera por pressão (eixo adulto e infantil).	$\frac{\text{Número de pacientes de risco para úlcera por pressão na unidade no mês}}{\text{Todos os pacientes internados na unidade no mês}} \times 100 [\%]$	Mensal Hospitais e SAD
2	Incidência de Úlcera por pressão (eixo adulto e infantil).	$\frac{\text{Número de pacientes com lesão nova de úlcera por pressão na unidade no mês}}{\text{Todos os pacientes de risco internados na Unidade no mês}} \times 100 [\%]$	Mensal Hospitais e SAD UPA
3	% do tipo de risco de úlcera por pressão nos pacientes com incidência de UP (eixo adulto e infantil)	$\frac{\text{Tipo de risco de úlcera por pressão nos pacientes com lesão nova na unidade e no mês}}{\text{Todos os pacientes com incidência de UPP na unidade e no mês}} \times 100 [\%]$	Mensal Hospitais
4	Média do tempo de internamento na Incidência de UP (eixo adulto e infantil.)	$\frac{\text{Tempo de internamento na incidência de úlcera por pressão nos pacientes com lesão nova na unidade e no mês}}{\text{Todos os pacientes com incidência no mês}} \times 100 [\%]$	Mensal Hospitais
5	Tipo de Cuidado de enfermagem (ESEL 11) na Incidência de UP (eixo adulto e infantil.)	$\frac{\text{Tipo de cuidado de enfermagem (ESEL 11) nos pacientes com incidência de úlcera por pressão (lesão nova) na unidade e no mês}}{\text{Todos os pacientes com incidência na unidade no mês}} \times 100 [\%]$	Mensal Hospitais
6	Intercorrências do Monitoramento do Protocolo por setor.	N.º de intercorrências do monitoramento do protocolo de prevenção de lesões por unidade e geral.	Mensal Hospitais

8 ESTRATÉGIAS EDUCACIONAIS

Tendo em vista a importância da educação permanente na promoção da assistência de qualidade, definimos as seguintes estratégias educativas:

- Realizar educação permanente sobre o Protocolo de Prevenção de Lesões de Pele no momento da integração dos funcionários admitidos que compõem a equipe interdisciplinar.



- Realizar educação permanente aos enfermeiros nas reuniões bimestrais com a coordenação de enfermagem ou conforme planejamento das instituições gerenciadas pelo ISGH.
- Realizar educação permanente aos técnicos de enfermagem e outros membros da equipe interdisciplinar de acordo com planejamento junto com Centro de Estudos, baseada na necessidade evidenciada pela gestão por processos.

9 REFERÊNCIAS

- ANEDIDIC. Asociacion Nacional de Enfermería Dermatológica e Investigacion Del Deterioro de la Integridade Cutânea. Guia de Práctica Clínica enPrevención de Úlcera por Pressión.Disponívelna internet em <http://www.anedidic.org>, em 01/10/2007. 2007
- AYELLO,E.A.A. **Pressure ulcer benchmarking**. Journal World Council of Enterostomal Therapists (WCET). V. 24, n.3, july/september, p. 17 – 19. 2004.
- BORGES, E.L.Úlcera por Pressão. IN: DOMANSKY, R. C. **Manual paraPrevenção de Lesões de Pele**. Rubio. Cap6. p 119 – 186. 270 p, 2012.
- CALIRI, M. H.L. PIEPER, B.; CARDOZO, L.J. Úlceras por Pressão.Disponível na internet em <http://www.eerp.usp.br/projetos/feridas/upressao> em 4/01/2014, 2002.
- CORREIA M. I. T. D.; RENOFIO J.; SERPA L.; REZENDE R.; PASSOS R.M. Terapia Nutricional para Portadores de Úlceras por Pressão. **Projeto Diretrizes**. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, jul, 2011.
- CHIMETÃO, D. M.; DOMANSKY, R. C. Dermatite Associada à Incontinência. P 91- 118. cap 5. IN: DOMANSKY, R. C.; BORGES, E. L. **Manual para Prevenção de Lesões de Pele: recomendações baseadas em evidências**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 270p, 2012.
- EPUAP. European Pressure Ulcer Advisory Panel. Disponível em , 2009.
- FERNANDES, L. M; BRAZ, E. A utilização do óleo de girassol na prevenção de Úlcera por Pressão em Pacientes Críticos. **Revista Nursing**, janeiro, 2002.
- FONTENELE, F.C; CARDOSO, M. V. L. M. L. Lesões de pele em recém-nascidos no ambiente hospitalar: tipo, tamanho e área afetada. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, Mar, 2011.
- FONTOURA, C. S. M. et al. Avaliação nutricional de paciente critico. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**. Porto Alegre, v. 18, n. 3, p. 298-306, set, 2006.



FRANTZ, R. A. Measuring Prevalence and Incidence of pressure Ulcers. *AdvWoundCare*. 10(1). P21 – 24, 1997.

GOMES, F. S. L. Úlceras por Pressão. IN: BORGES, E.L. **Feridas como Tratar**. Belo Horizonte: Coopmed, cap 11. p. 189 – 222. 246p, 2008.

HISASHIGE A.; OHURA, T. Cost-effectiveness of nutritional intervention on healing of pressure ulcers. **Clinical Nutrition**. Sapporo: Elsevier Health, v. 10, p. 1-07, abr, 2012.

HULST, J. M., ZWART, H.: HOP W.C.; JOOSTEN K. F. Dutch national survey to test the STRONGkids nutritional risk screening tool in hospitalized children. **ClinNutr**, 29:106-1, 2010.

KONDRUP, J.; ALLISON, S.P, ELIA, M.; VELLAS, B.; PLAUTH, M. ESPEN (European Society for Parenteral and Enteral Nutrition) **guidelines for nutrition screening 2002**. *Clin Nutr*. 22(4):415-21, 2003.

KRASNER, D. et al. Úlceras de pressão. IN: GOGIA, P.P. **Feridas: tratamento e cicatrização**. Rio de Janeiro: Revinter, p 69-78. cap 6. 192 p, 2003.

LOURO, M.; FERREIRA, M.; POVOA, P. Avaliação de protocolo de prevenção e tratamento de úlceras de pressão. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**. São Paulo, v. 19, n. 3, p. 337-341, set, 2007.

MAIA, A. C. A. R de. Tradução para a língua portuguesa, adaptação cultural e validação da escala de Braden Q. Resumo de Tese. *RevEstima*. 6(4):45, 2008

MARILLOU, G.; HASTINGS, J.; GASBER, S. L. Therapist's Roles In Pressure Ulcer Management In Persons With Spinal Cord Injury. **Spinal Cord Med**. October; 32(5): 560- 567, 2009.

MCGEE, M.; JENSEN, G.L. **Mini Nutritional Assessment (MNA)**: Research and Practice in the Elderly. *American Journal of Clinical Nutrition*. 71(1):158, 2000.

NASIMOTO, M.C.G; DOMANSKY, R. C. Prevenção de Lesões Causadas por Adesivos. P 43 – 69. Cap3. IN: DOMANSKY, R. C.; BORGES, E. L. **Manual para Prevenção de Lesões de Pele**: recomendações baseadas em evidências. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 270p, 2012.

NORONHA, L.; MARTINS, V. D. M.; MEDEIROS, F.; TORRES, L. F. B.; FILLUS N. J. Estudo Epidemiológico de 662 Lesões de Pele Pediátricas Analisadas Histologicamente e Revisão de Literatura. **An Bras Dermatol**; 76(3): 317-330, maio-jun, 2001.

NPUAP. National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: **National Pressure Ulcer Advisory Panel**, 2010.

PARANHOS, W. Úlceras por pressão. IN: JORGE, S. A.; DANTAS, S. R. P. E. IN: **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo: Atheneu, p. 287 – 298. cap 20. 337p, 2003.



PERES, G. R. P.; STRAZZIEIRI-PILIDO, K. C. Prevenção de Lesões por Fricção. p71 -90. cap 4. IN: DOMANSKY, R. C.; BORGES, E. L. **Manual para Prevenção de Lesões de Pele**: recomendações baseadas em evidências. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 270p, 2012.

ROCHA, A.B.L, BARROS, M. O. Avaliação de risco de úlcera de pressão: propriedades de medida da versão em português da escala de Waterlow. *Acta Paul Enfer.* 20(2): 143-50, 2007.

ROGENSKI, N. M. B.; SANTOS, V. L. C. G. Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. **Rev. Latino-Am. Enfe.** Ribeirão Preto, v. 4, p. 470-480, ago, 2005.

SAVIETO, R. M.; SILVA, M. J. P. Toque terapêutico na cicatrização de lesões da pele de cobaias. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 57, n. 3, June, 2004 .

SCHOLS, J. M. G. A.; ENDE, M. A. de J. Nutritional Intervention in Pressure Ulcer Guidelines: An Inventory. **Nutrition.** The Netherlands: Elsevier Health, v. 20, n. 6, p. 548-553, 2004.

SERPA, L. F; SANTOS, V. L. C. G. Desnutrição como fator de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão. **Acta. Paulista de Enfe.** São Paulo, v. 21, n. 2, p. 367-369, ago, 2007.

SERPA, L. F.; SANTOS, V. L. C. G.; OLIVEIRA, A. S.; CAETANO, V. C.; DONADON, S. R. Incidência de Úlcera por Pressão em Pacientes Críticos. **Revista Estima.**v 9 (3). P 21- 26, 2011.

SOBEST. Associação Brasileira de Estomaterapia: estomias, feridas e incontinências. Competências do Enfermeiro Estomaterapeuta ou do Enfermeiro Pós-Graduado em Estomaterapia. **Revista Estima**, V 6 (1) jan/fev/mar, P 33-43, 2008.

SORIANO, J. V.; PÉREZ, E.P. Nutrição e Feridas Crônicas. Grupo Nacional para o Estudo e assessoramento em Úlceras por Pressão e Feridas Crônicas. **Série de Documentos Técnicos GNEAUPP.** Logroño, n. 12, 2011.

TEIXEIRA, E. S. et al. Avaliação do estado nutricional e do consumo alimentar de pacientes amputados e com úlceras de pressão atendidos em um Centro Hospitalar de Reabilitação. **O Mundo da Saúde.** São Paulo, v. 35, n. 4, p. 448-453, ago, 2011.

WADA, A.; TEIXEIRA NETO N., FERREIRA M. C. Úlceras por pressão. **Rev Med.** São Paulo, v. 89, p. 170-177, dez, 2010.



10 ANEXOS

1.1 ESCALA DE BRADEN (A PARTIR DE 5 ANOS COMPLETOS)

ESCALA DE BRADEN: escala de avaliação de risco para úlcera de pressão (PARANHOS, 1999).

ÚLCERA DE PRESSÃO: É uma área localizada de morte tecidual que se desenvolve quando um tecido mole é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície dura, por um período prolongado de tempo (NPUAP, 1989).

ESCORES

SEM RISCO: ≥ 19

RISCO LEVE: 15 a 18

RISCO MODERADO: 13 a 14

RISCO ELEVADO: 11 a 12

RISCO MUITO ELVADO ≤ 9

I - PERCEPÇÃO SENSORIAL: capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto.

1. Totalmente limitado: não reage (não geme, não se segura a nada, não se esquiva) a estímulo doloroso, devido ao nível de consciência diminuído ou devido a sedação ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.

2. Muito limitado: somente reage a estímulos dolorosos. Não é capaz de comunicar desconforto exceto através de gemido ou agitação. Ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.

3. Levemente limitado: responde a comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto ou expressar necessidade de ser mudado de posição ou tem um certo grau de



deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.

4. Nenhuma limitação: responde a comandos verbais. Não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.

II - UMIDADE: nível ao qual a pele é exposta a umidade.

1. Completamente molhada: a pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, etc. Umidade é detectada às movimentações do paciente.

2. Muito molhada: a pele está freqüentemente, mas nem sempre, molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno.

3. Ocasionalmente molhada: a pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca extra de cama por dia.

4. Raramente molhada: a pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina.

III - ATIVIDADE: grau de atividade física.

1. Acamado: confinado a cama.

2. Confinado à cadeira: capacidade de andar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar os próprios pés e/ou precisa ser ajudado a se sentar.

3. Anda ocasionalmente: anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou na cadeira.

4. Anda freqüentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada 2 horas durante as horas em que está acordado.

IV - MOBILIDADE: capacidade de mudar e controlar a posição do corpo.

1. Totalmente imóvel: não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.

2. Bastante limitado: faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades mas é incapaz de fazer mudanças freqüentes ou significantes sozinho.

3. Levemente limitado: faz freqüentes, embora pequenas, mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.



4. Não apresenta limitações: faz freqüentes mudanças sem auxílio.

V - NUTRIÇÃO: padrão usual de consumo alimentar.

1. Muito pobre: nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína (carne ou laticínios) por dia. Ingere pouco líquido. Não aceita pouco suplemento alimentar líquido. Ou é mantido em jejum e/ou mantido com dieta líquida ou IVS por mais de cinco dias.

2. Provavelmente inadequado: raramente come uma refeição completa e geralmente come cerca da metade do alimento oferecido. Ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou laticínios por dia. Ocasionalmente aceitará um suplemento alimentar ou recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda.

3. Adequado: come mais da metade da maioria das refeições> Come um total de 4 porções de alimento rico em proteína (carne ou laticínios) todo dia. Ocasionalmente recusará uma refeição, mas geralmente aceitará um complemento oferecido ou é alimentado por sonda ou regime de nutrição parenteral total o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais.

4. Excelente: come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne e laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar.

VI - FRICÇÃO E CISCALHAMENTO: durante o movimento pode ocorrer atrito da pele no lençol e/ou escorrega na cama ou cadeira não mantendo a posição adequada.

1. Problema: requer assistência moderada a máxima para se mover. É impossível levantá-lo ou erguê-lo completamente sem que haja atrito de pele com lençol. Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando freqüentes ajustes de posição com máximo de assistência. Espasticidade, contratura ou agitação leva a quase constante fricção.

2. Problema em potencial: move-se mas, sem vigor ou requer mínima assistência. Durante o movimento provavelmente ocorre um certo atrito da pele com lençol, cadeira ou outros. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou cadeira, mas ocasionalmente escorrega.

3. Nenhum problema: move-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para ergue-se completamente durante o movimento. Sempre mantém boa posição na cama ou na cadeira.



ESCALA DE BRADEN Q (DE 29 DIAS A 4 ANOS, 11 MESES E 29 DIAS)

ESCALADE BRADEN Q - INFANTIL

ESCALA DE BRADEN: escala de avaliação de risco para úlcera de pressão (PARANHOS, 1999).

ÚLCERA DE PRESSÃO: É uma área localizada de morte tecidual que se desenvolve quando um tecido mole é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície dura, por um período prolongado de tempo (NPUAP, 1989).

ESCORES

BAIXO RISCO: ≥ 22

ALTO RISCO: < 22

I - PERCEPÇÃO SENSORIAL:

- 1. Completamente Limitada:** Não responsivo ao estímulo doloroso devido a redução nível de consciência ou a sedação, ou limitada habilidade de sentir dor na maior parte da superfície corporal.
- 2. Muito Limitada:** Responde somente à dor. Incapaz de comunicar desconforto exceto por gemência ou agitação; ou possui alguma debilidade sensorial que limita capacidade de sentir dor ou desconforto em alguma metade corporal.
- 3. Levemente Limitada:** Responde a comandos verbais, mas não consegue comunicar desconforto ou precisa ser virado; ou possui alguma debilidade sensorial que limita a habilidade de sentir dor ou desconforto em uma ou duas extremidades.
- 4. Sem Alteração:** Responde aos comandos verbais. Não tem déficit sensorial nem limitação da habilidade de sentir ou comunicar desconforto e dor.

II - UMIDADE: Grau de exposição da pele à umidade.

- 1. Constantemente úmida:** A pele é mantida úmida constantemente por suor, urina, drenagem de secreções etc. Umidade é detectada sempre que paciente é movido ou examinado.
- 2. Muito Úmido:** A pele está frequentemente mas nem sempre úmida. Roupas de cama precisam ser mudadas no mínimo de 8/8h.
- 3. Úmida Ocasionalmente:** A pele está ocasionalmente úmida Mudar roupas de cama a cada 12h.
- 4. Raramente Úmida:** Pele geralmente seca, troca de fraldas de rotina: mudar roupas de cama a cada 24h.

III - ATIVIDADE: grau de atividade física.

- 1. Acamado:** Restrito ao leito.
- 2. Não Deambula:** Capacidade de andar gravemente comprometida ou ausente. Incapaz de suportar



próprio peso e/ou necessita de ajuda para sentar-se.

3. Caminha Ocasionalmente: Anda ocasionalmente durante o dia, mas por curtas distâncias, com ou sem ajuda. Maior parte do tempo na cama ou na cadeira.

4. Todos os pacientes jovens para andar; ou que já andam frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes ao dia e no quarto pelo menos 1 vez a cada 2h durante período de caminhada.

IV - MOBILIDADE: capacidade de mudar e controlar a posição do corpo.

1. Completamente Imóvel: Não realiza nem a menor mudança no corpo ou nas extremidades sem assistência.

2. Muito Limitado: Realiza ocasionalmente discretas mudanças no corpo ou extremidades mas incapaz de virar completamente sem ajuda.

3. Pouco Limitado: Realiza pequenos movimentos no corpo ou extremidades de modo independente.

4. Sem Limitação: Realiza mudanças frequentes de posição sem nenhuma ajuda.

V - NUTRIÇÃO: Padrão usual da ingesta.

1. Muito Pobre: Nada via oral e/ou mantido com líquidos, ou jejum por mais de 5 dias ou albumina < 2.5 mg/dl OU nunca come uma refeição completa. Raramente come mais da metade de qualquer refeição oferecida. Ingesta protéica em somente 2 refeições por dia. Aceita pouco líquido. Não recebe suplemento dietético.

2. Inadequado: Dieta líquida ou por sonda não provendo calorias ou minerais adequados para idade OU albumina < 3 mg/dl OU raramente come uma refeição completa comendo geralmente no máximo a metade de qualquer dieta ofertada. Proteínas estão presentes em 3 refeições por dia. Ocasionalmente recebe suplementação da dieta.

3. Adequada: Recebe adequada oferta calórica e mineral para idade mesmo que por sondas. OU come mais da metade de todas as refeições. Come o equivalente a 4 refeições.

4. Excelente: Recebe dieta normal para idade com adequado aporte calórico. Por exemplo, come todas as refeições. Nunca recusa dieta. Usualmente come o equivalente a 4 ou mais refeições completas. Frequentemente come entre as refeições. Não necessita de suplementação.

VI - FRICÇÃO E ATRITO: Fricção - ocorre quando a pele escorrega contra uma superfície de algum suporte. Atrito: ocorre quando a pele escorrega contra superfície óssea adjacente.

1. Problema Significativo: Espasticidade, contraturas, ou agitação leva à constante atritos e fricções.

2. Problema: Requer moderada a máxima assistência ao mover-se. Mudar decúbito sem deslizar contra as cobertas é impossível. Frequentemente escorrega para baixo na cama ou na cadeira, requerendo frequentes reposicionamentos com auxílio.



3. Problema potencial: Move-se requerendo mínima assistência. Durante o movimento a pele provavelmente fricciona em algum grau contra travesseiro, cobertas, retentores ou outros dispositivos. A maior parte do tempo mantém boa posição na cadeira ou na cama mas ocasionalmente escorrega.

4. Sem Problema aparente: Capaz de levantar-se completamente durante as mudanças de posição, move-se na cama ou na cadeira independentemente e possui força muscular suficiente para erguer-se completamente durante o movimento. Mantém sempre bom posicionamento na cama ou na cadeira.

VII - PERFUSÃO TECIDUAL E OXIGENAÇÃO

1. Extremamente comprometida: Hipotensão (PAM <50mm HG; < 40 no RN) ou paciente não tolera fisiologicamente mudanças de posição.

2. Comprometida: Normotenso com Sat O₂ < 95%; Hemoglobina < 10 mg/dl: enchimento capilar > 2 segundos; pH < 7.40.

3. Adequada: Normotenso com Sat O₂ <95%; hemoglobina < 10 mg/dl: enchimento capilar < 2 segundos; pH normal.

4. Excelente: Normotenso com Sat > 95%; hemoglobina normal; enchimento capilar < 2 segundos e pH normal.



NUGESP Pág. 01/02			
REGISTRO DE INCIDENTES			
CLASSIFICAÇÃO DO INCIDENTE (PREENCHIMENTO NUGESP)			
NUGESP	RECEBIDO EM: / /	POR:	Nº: /
	☐ ERRO	☐ NÃO CONFORMIDADE	☐ EVENTO SENTINELA GRAU: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
SETOR NOTIFICADOR:		SETOR NOTIFICADO:	
QUEM	NOME DO NOTIFICADOR (OPCIONAL):		
ONDE	UNIDADE DE OCORRÊNCIA DO INCIDENTE:		
QUANDO	DATA DO INCIDENTE: / /	HORÁRIO: : h	
CASO DESEJE RECEBER RESPOSTA, INFORME SEU E-MAIL:			
INCIDENTE:			
RELATÓRIO DO INCIDENTE			
IMPACTO NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE? ☐ SIM ☐ NÃO ☐ NOTIFICAÇÃO ESPONTÂNEA ☐ BUSCA ATIVA			



1.3 MONITORAMENTO DE INTEGRIDADE DA PELE - SEGUIMENTO

PACIENTE:

PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO: / /

IDADE:

SEXO:

UNIDADE:

LEITO:

NOME DA MÃE:

DIAS DO MÊS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
AÇÕES																															
HIDRATAÇÃO DA PELE																															
MEDIDAS DE REDUÇÃO DE UMIDADE																															
MUDANÇA DE DECÚBITO																															
CONTRA-INDICAÇÃO MUDANÇA DE DECÚBITO																															

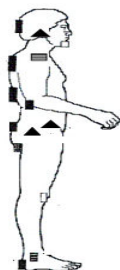
MEDIDAS DE REDUÇÃO DE UMIDADE: UROPEN (U) Sonda Vesical de Demora (SVD), FRALDA (F) NÃO SE APLICA (NA) COLCHÃO; COMUM (C) PIRAMIDAL (P) PNEUMÁTICO (PN) RESPONDER SIM (S) NÃO (N) PARA OS OUTROS ITENS

MARQUE O LOCAL DA LESÃO, IDENTIFIQUE A NUMERAÇÃO, LOCALIZAÇÃO E CATEGORIA DA ÚLCERA POR PRESSÃO

DATA ADMISSÃO: ____/____/____ PELE ÍNTEGRA NA ADMISSÃO ☐

ÚLCERA POR PRESSÃO NA ADMISSÃO ☐

ÚLCERA POR PRESSÃO NOVA: ☐



N.º ____ LOCAL: ____ CATEGORIA: ____
N.º ____ LOCAL: ____ CATEGORIA: ____
N.º ____ LOCAL: ____ CATEGORIA: ____
N.º ____ LOCAL: ____ CATEGORIA: ____
N.º ____ LOCAL: ____ CATEGORIA: ____



N.º ____ LOCAL: ____ DATA: ____/____/____ CATEGORIA: ____
N.º ____ LOCAL: ____ DATA: ____/____/____ CATEGORIA: ____
N.º ____ LOCAL: ____ DATA: ____/____/____ CATEGORIA: ____
N.º ____ LOCAL: ____ DATA: ____/____/____ CATEGORIA: ____
N.º ____ LOCAL: ____ DATA: ____/____/____ CATEGORIA: ____

LEGENDA DOS LOCAIS: OCCIPITAL (OC) REGIÃO AURICULAR (A) SACRA (S) TROCANTER (T) ÍSQUIO (I) MALÉOLO (M) CALCÂNEO (C) DIREITO(D) ESQUERDO (E) OUTRO (O)



REGISTRO DE EVOLUÇÃO E CONDUTAS TÓPICAS EM FERIDAS - SEGUIMENTO

DATA	TIPO DE LESÃO / LOCAL / TIPO DE TECIDO / EXSUDATO	CONDUTA TERAPÊUTICA	ASS

LEGENDA: TIPO DE LESÃO: ÚLCERA POR PRESSÃO (UP) DEISCÊNCIA (D) PÉ DIABÉTICO (PD) ERISPELA (E) OUTRO (DESCREVER O TIPO) TECIDO NECROSE/ESFACEL/GRANULAÇÃO/EPITELIZAÇÃO); EXSUDATO (DESCREVER TIPO E QUANTIDADE); COMPLICAÇÕES (INFORMAR INFECÇÕES, TÚNEIS, DESCOLAMENTOS, OUTROS). NA



1.4 MONITORAMENTO DE INTEGRIDADE DA PELE - SEGUIMENTO

PACIENTE:

PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO: / /

IDADE:

SEXO:

UNIDADE:

LEITO:

NOME DA MÃE:

DIAS DO MÊS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
AÇÕES																															
HIDRATAÇÃO DA PELE																															
MEDIDAS DE REDUÇÃO DE UMIDADE																															
MUDANÇA DE DECÚBITO																															
CONTRA-INDICAÇÃO MUDANÇA DE DECÚBITO																															
MEDIDAS DE REDUÇÃO DE UMIDADE: UROPEN (U) Sonda Vesical de Demora (SVD), FRALDA (F) NÃO SE APLICA (NA) COLCHÃO; COMUM (C) PIRAMIDAL (P) PNEUMÁTICO (PN) RESPONDER SIM (S) NÃO (N) PARA OS OUTROS ITENS																															

DIAS DO MÊS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
AÇÕES																															
HIDRATAÇÃO DA PELE																															
MEDIDAS DE REDUÇÃO DE UMIDADE																															
MUDANÇA DE DECÚBITO																															
CONTRA-INDICAÇÃO MUDANÇA DE DECÚBITO																															
MEDIDAS DE REDUÇÃO DE UMIDADE: UROPEN (U) Sonda Vesical de Demora (SVD), FRALDA (F) NÃO SE APLICA (NA) COLCHÃO; COMUM (C) PIRAMIDAL (P) PNEUMÁTICO (PN) RESPONDER SIM (S) NÃO (N) PARA OS OUTROS ITENS																															



REGISTRO DE EVOLUÇÃO E CONDUTAS TÓPICAS EM FERIDAS - SEGUIMENTO

DATA	TIPO DE LESÃO / LOCAL / TIPO DE TECIDO / EXSUDATO	CONDUTA TERAPÊUTICA	ASS

LEGENDA: TIPO DE LESÃO: ÚLCERA POR PRESSÃO (UP) DEISCÊNCIA (D) PÉ DIABÉTICO (PD) ERISPELA (E) OUTRO (DESCREVER O TIPO) TECIDO NECROSE/ESFACLO/GRANULAÇÃO/EPITELIZAÇÃO); EXSUDATO (DESCREVER TIPO E QUANTIDADE); COMPLICAÇÕES (INFORMAR INFECÇÕES, TÚNEIS, DESCOLAMENTOS, OUTROS). NA CONDUTA TERAPÊUTICA, INFORMAR O PRODUTO UTILIZADO.



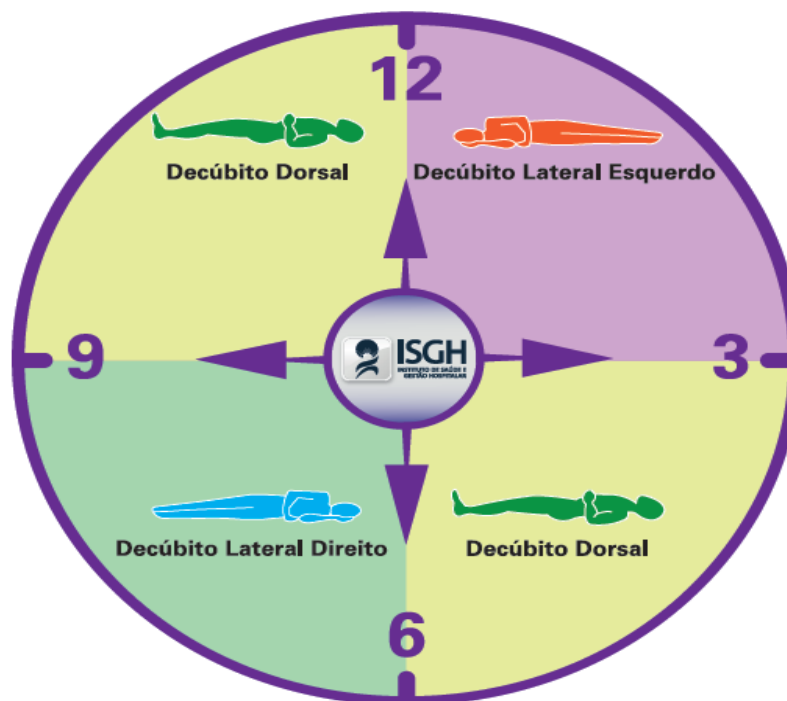
ISGH
INSTITUTO DE SAÚDE E
GESTÃO HOSPITALAR

Organização Social mantida com recursos públicos
provenientes de seus impostos e contribuições sociais

1.5

Relógio de Orientação de Mudança de Decúbito

Instituição /Unidade: _____ Data: _____
____/____/____





1.6

ASSISTENCIAL			
FICHA DE SOLICITAÇÃO DE CURATIVOS ESPECIAIS			
PACIENTE:			PRONTUÁRIO:
IDADE: _____[anos]_____[meses]	SEXO: [] M [] F	ENF./LEITO:	CLÍNICA
CURATIVO SOLICITADO	INDICAÇÃO: [] PREVENÇÃO [] TERAPÊUTICO		
TIPO DE CURATIVO	LOCALIZAÇÃO	QTDE DIÁRIA	PREVISÃO (DIAS)
1.			
2.			
3.			
4.			
ENFERMEIRO SOLICITANTE (ASS + CARIMBO):	REPRESENTANTE DA SIPREL (ASS + CARIMBO):	DATA / /	
OBSERVAÇÕES:	1. FAZER NOVA SOLICITAÇÃO QUANDO HOUVER TROCA DE CURATIVO; INCLUSÃO DE NOVO CURATIVO; AUMENTO DE PREVISÃO INICIAL; 2. CURATIVOS ESPECIAIS SERÃO LIBERADOS DE ACORDO COM O PROTOCOLO DE TRATAMENTO.		

| HOSPITAL GERAL DR. WALDEMAR ALCÂNTARA | RUA PERGENTINO MAIA, 1559 – BAIRRO: MESSEJANA | FORTALEZA/CE | CEP: 60.840-045 | CNPJ: 05.268.526.0008-47 |



1.7

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DE ADMISSÃO			
DADOS ANTROPOMÉTRICOS			
PACIENTE DEAMBULA		PACIENTE ACAMADO	
PA:	PH:	AJ:	PI:
ALT:	CB:	A EST.:	P EST.:
IMC:		CB:	

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL:

NECESSIDADES NUTRICIONAIS:

CONDUTA:

NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL (CARIMBO/ASSINATURA):



AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DE ADMISSÃO			
DADOS ANTROPOMÉTRICOS			
PACIENTE DEAMBULA		PACIENTE ACAMADO	
PA:	PH:	AJ:	PI:
ALT:	CB:	A EST.:	P EST.:
IMC:		CB:	
DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL:			
NECESSIDADES NUTRICIONAIS:			
CONDUTA:			
NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL(CARIMBO/ASSINATURA):			



1.8

NOME:		PRONTUÁRIO:	
ENF./LEITO:	IDADE:	CLÍNICA:	
DIAGNÓSTICO CLÍNICO:		DATA DA ADMISSÃO: / /	
COMPLETAR A AVALIAÇÃO PREENCHENDO AS CAIXAS COM OS NÚMEROS APROPRIADOS. SOMAR OS NÚMEROS PARA OBTER O ESCORE FINAL DA TRIAGEM			

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL MNA TRIAGEM	
A:	NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES HOUVE DIMINUIÇÃO D INGESTA ALIMENTAR DEVIDO À PERDA DE APETITE, A PROBLEMAS DIGESTIVOS OU A DIFICULDADES DE MASTIGAÇÃO OU DEGLUTIÇÃO?
0 =	DIMINUIÇÃO SEVERA DA INGESTA
1 =	DIMINUIÇÃO MODERADA DA INGESTA
2 =	SEM DIMINUIÇÃO DA INGESTA
B:	PERDA DE PESO NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES
0 =	SUPERIOR A TRÊS QUILOS
1 =	NÃO SABE INFORMAR
2 =	ENTRE UM E TRÊS QUILOS
3 =	SEM PERDA DE PESO
C:	MOBILIDADE
0 =	RESTRITO AO LEITO OU À CADEIRA DE RODAS
1 =	DEAMBULA MAS NÃO É CAPAZ DE SAIR DE CASA
2 =	NORMAL
D:	PASSOU POR ALGUM ESTRESSE PSICOLÓGICO OU DOENÇA AGUDA NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES?
0 =	SIM
1 =	NÃO
E:	PROBLEMAS NEUROPSICOLÓGICOS
0 =	DEMÊNCIA OU DEPRESSÃO GRAVES
1 =	DEMÊNCIA LEVE
2 =	SEM PROBLEMAS PSICOLÓGICOS
F1:	ÍNDICE DE MASSA CORPORAL $IMC = (\text{peso}[\text{kg}] / \text{estatura}[\text{cm}]^2)$
0 =	$IMC < 19$
1 =	$19 \leq IMC < 21$
2 =	$21 \leq IMC < 23$
3 =	$IMC \geq 23$
SE O CÁLCULO DO IMC NÃO FOR POSSÍVEL, SUBSTITUIR A QUESTÃO F1 PELA F2. NÃO PREENCHA A QUESTÃO F2 SE A QUESTÃO F1 JÁ ESTIVER SIDO COMPLETADA.	
F2:	CIRCUNFERÊNCIA DA PANTURRILHA (CP) EM CM
0 =	CP MENOR QUE 31
3 =	CP MAIOR OU IGUAL A 31

ESCORE DE TRIAGEM: MÁXIMO 14 PONTOS
12 – 14 PONTOS: ESTADO NUTRICIONAL NORMAL
8 – 11 PONTOS: SOB RISCO DE DESNUTRIÇÃO
0 – 7 PONTOS: DESNUTRIDO

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL ADMISSÃO			
DADOS ANTROPOMÉTRICOS			
PACIENTE DEAMBULA		PACIENTE ACAMADO	
PA:	PH:	AJ:	PI:
ALT:	CB:	A EST.:	P EST.:
IMC:	CP:	CB:	CP:
DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL:			
NECESSIDADES NUTRICIONAIS:			
CONDUTA:			
NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL (CARIMBO/ASSINATURA):			



1.9

NÚCLEO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA			
TRIAGEM DE RISCO NUTRICIONAL PEDIÁTRICA STRONGKIDS			
NOME:			
PRONTUÁRIO:	ENF./LEITO:	IDADE:	DATA: / /
1. AVALIAÇÃO NUTRICIONAL SUBJETIVA: A CRIANÇA PARECE TER DÉFICIT NUTRICIONAL OU DESNUTRIÇÃO?		☐ SIM [1 PONTO]	☐ NÃO [0 PONTO]
☐ REDUÇÃO DA GORDURA SUBCUTÂNEA		☐ FACE EMAGRECIDA	
☐ OUTRO SINAL			
2. DOENÇA [COM RISCO NUTRICIONAL OU CIRURGIA DE GRANDE PORTE]:		☐ SIM [2 PONTOS]	☐ NÃO [0 PONTO]
☐ ANOREXIA NERVOSA	☐ DISPLASIA (ATÉ 2 ANOS)		
☐ DOENÇA CELÍACA	☐ FIBROSE CÍSTICA		
☐ QUEIMADURAS	☐ CÂNCER		
☐ AIDS	☐ DII		
☐ TRAUMA	☐ PANCREATITE		
☐ SIC	☐ DEFICIÊNCIA MENTAL/PC		
☐ DOENÇA MUSCULAR	☐ DOENÇA METABÓLICA		
☐ PRÉ OU PÓS CIRURGIA DE GRANDE PORTE	☐ BPI/PREMATURIDADE (IDADE CORRIGIDA 6 MESES)		
☐ DOENÇA CRÔNICA (CARDÍACA, RENAL OU HEPÁTICA)	☐ OUTRA:		
3. INGESTÃO NUTRICIONAL E/OU PERDAS NOS ÚLTIMOS DIAS		☐ SIM [1 PONTO]	☐ NÃO [0 PONTO]
☐ DIARREIA (≥ 5 DIAS)	☐ VÔMITO (> 3 DIAS)		
☐ DIFICULDADE ALIMENTAR DEVIDO À DOR	☐ INTERVENÇÃO NUTRICIONAL PRÉVIA		
☐ DIMINUIÇÃO DA INGESTÃO ALIMENTAR (NÃO CONSIDERAR JEJUM PARA PROCEDIMENTO OU CIRURGIA)			
4. REFERE PERDA DE PESO OU GANHO INSUFICIENTE NAS ÚLTIMAS SEMANAS OU MESES		☐ SIM [1 PONTO]	☐ NÃO [0 PONTO]
☐ PERDA DE PESO (CRIANÇAS > 1 ANO)	☐ PERDA OU NÃO GANHO DE PESO (CRIANÇAS < 1 ANO)		
OBS.: A PONTUAÇÃO MÁXIMA POR QUESTÃO SERÁ DE 1 PONTO, EXCETO NA QUESTÃO 2, QUE TERÁ 2 PONTOS.			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		PONTUAÇÃO:	
☐ 4 – 5 ALTO RISCO			
☐ 1 – 3 MÉDIO RISCO			
☐ 0 BAIXO RISCO			
NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL			



1.10 FORMULÁRIO DE VIGILÂNCIA ATIVA PACIENTE COM RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO - MÊS: _____/ANO: _____ UNIDADE: _____
ACADÊMICO: _____

	ENF/LEITO	PACIENTE	IDADE	PRONT	ADM	ADM UNIDADE	PROCEDÊNCIA	QUEDA	FLEBITE/ PERDA ACESSO	BRONCO	EXTUBAÇÃO	ÓBITO	ALTA	TRANS INTERNA
1														
	BRADEN/ AD	PI AD	LESÃO NA ADMISSÃO: LOCAL /CATEGORIA			INCIDÊNCIA DE UP - DATA/LOCAL /CATEGORIA					UNID INC	BRADE NINC	ESEL INC	DIH INC
	BRADEN ATUAL													
	EVOLUÇÃO LESÃO ADMISSÃO			EVOLUÇÃO INC					INC MÊS ANTERIOR					
2														
	BRADEN/ AD	PI AD	LESÃO NA ADMISSÃO: LOCAL /CATEGORIA			INCIDÊNCIA DE UP - DATA/LOCAL /CATEGORIA					UNID INC	BRADE NINC	ESEL INC	DIH INC
	BRADEN ATUAL													
	EVOLUÇÃO LESÃO ADMISSÃO			EVOLUÇÃO LESÃO ADMISSÃO					EVOLUÇÃO INC					
3														
	BRADEN/ AD	PI AD	LESÃO NA ADMISSÃO: LOCAL /CATEGORIA			INCIDÊNCIA DE UP - DATA/LOCAL /CATEGORIA					UNID INC	BRADE NINC	ESEL INC	DIH INC
	BRADEN ATUAL													
	EVOLUÇÃO INC								INC MÊS ANTERIOR					
Consolidado: Risco UPP _____ PI _____ UPP Admissão _____ INC UPP _____ Queda _____ Bronco _____ Flebite/Perda de Acesso _____ Extubação acidental _____														



1.11

DITEC

CHECKLIST | GERENCIAMENTO DE RISCOS CLÍNICOS

REQUISITOS PARA RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO

1. NAS AVALIADO NA ADMISSÃO?
2. NAS AVALIADO DIARIAMENTE?
3. ESEL AVALIADO NA ADMISSÃO?
4. ESEL AVALIADO NA ADMISSÃO?
5. BRADEN AVALIADO NA ADMISSÃO?
6. BRADEN AVALIADO DIARIAMENTE?
7. A CONDIÇÃO DA PELE AVALIADA NA ADMISSÃO?
8. PACIENTE DE RISCO PARA ÚLCERA COM SUPERFÍCIE DE SUPORTE ADEQUADA?
9. REGISTRO DA CONDIÇÃO DA PELE ADEQUADO NO PRONTUÁRIO?
10. A MUDANÇA DE DECÚBITO ESTÁ DE ACORDO COM PROTOCOLO?
11. PACIENTE INCONTINENTE FAZ USO DE PRODUTO PARA PROTEÇÃO DE DAI?

REQUISITOS PARA RISCO DE QUEDA

12. O PACIENTE ESTÁ CIENTE DO RISCO?
13. ACOMPANHANTE CIENTE DO RISCO?
14. PACIENTE DE RISCO DE QUEDA COM ACOMPANHANTE?
15. POSICIONAMENTO ADEQUADO NO LEITO?
16. LEITO COM GRADE ELEVADA?

REQUISITOS PARA RISCO BRONCOASPIRAÇÃO

17. ACOMPANHANTE CIENTE DO RISCO?
18. CABECEIRA A 30º DE ACORDO COM PROTOCOLO?
19. FIXAÇÃO DO TUBO ADEQUADA, SEM PRESENÇA DE SUDORESE, SECREÇÃO OU DESPRENDENDO?
20. POSICIONAMENTO ADEQUADO NO LEITO DURANTE A DIETA?

REQUISITOS PARA RISCO DE FLEBITE

21. CURATIVO DO ACESSO DE ACORDO COM PROTOCOLO?
22. TROCA DO ACESSO DE ACORDO COM PROTOCOLO?
23. SEM SINAL DE EXTRAVASAMENTO NO ACESSO?
24. SEM SINAL DE INFILTRAÇÃO?
25. SEM SINAL DE HIPEREMIA NO ACESSO?
26. SEM SINAL DE FLEBITE NO ACESSO?
27. SEM SINAIS FLOGÍSTICOS NO ACESSO?

REQUISITOS PARA RISCO DE EXTUBAÇÃO ACIDENTAL

28. FIXAÇÃO DO TOT ADEQUADA?
29. COM AGITAÇÃO PSICOMOTORA?



1.12

DITEC	
INTERCORRÊNCIAS	
REQUISITOS PARA RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO	
PACIENTE DE RISCO PARA ÚLCERA COM SUPERFÍCIE DE SUPORTE INADEQUADA	
A MUDANÇA DE DECÚBITO NÃO ESTÁ DE ACORDO COM PROTOCOLO	
PACIENTE INCONTINENTE NÃO FAZ USO DE PRODUTO PARA PROTEÇÃO DE DAI	
REQUISITOS PARA RISCO DE QUEDA	
O PACIENTE NÃO ESTÁ CIENTE DO RISCO DE QUEDA	
ACOMPANHANTE NÃO CIENTE DO RISCO DE QUEDA	
PACIENTE COM RISCO DE QUEDA SEM ACOMPANHANTE	
PACIENTE COM RISCO DE QUEDA COM POSICIONAMENTO INADEQUADO NO LEITO	
PACIENTE COM RISCO DE QUEDA COM GRADE BAIXA	
REQUISITOS PARA RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO	
ACOMPANHANTE NÃO ESTÁ CIENTE DO RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO	
CABECEIRA MENOS DE 30º DURANTE A ADMINISTRAÇÃO DA DIETA.	
FIXAÇÃO DO TUBO INADEQUADA OU PRESENÇA DE SUDORESE OU SECREÇÃO BRÔNQUICA OU DESPRENDENDO.	
POSICIONAMENTO INADEQUADO NO LEITO.	
REQUISITOS PARA RISCO DE FLEBITE	
ACESSO COM SINAL DE EXTRAVASAMENTO	
ACESSO COM SINAL DE INFILTRAÇÃO	
ACESSO COM SINAL DE HIPEREMIA	
ACESSO COM SINAL DE FLEBITE	
ACESSO COM SINAIS FLOGÍSTICOS	
REQUISITOS PARA RISCO DE EXTUBAÇÃO ACIDENTAL	
FIXAÇÃO TQT INADEQUADA	
COM AGITAÇÃO PSICOMOTORA	
REGISTRE O NÚMERO CORRESPONDENTE A INTERCORRÊNCIA NA PRIMEIRA COLUNA E OS LEITOS NA SEGUNDA COLUNA.	
Nº	LEITO/PACIENTES

* Entregar cópia ao Enfermeiro e Coordenador

1.13

[illegible]

*** Entregar cópia ao Enfermeiro e Coordenador**



1.14 Consolidado de Intercorrências do Monitoramento dos Riscos Clínicos

Gerência de Riscos Clínicos – Unidade: _____ **Mês:** _____ **/Ano:** _____ **Acadêmico:** _____

Requisitos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	T
8 Paciente de risco para UP com superfície de suporte inadequada																																
10 A mudança de decúbito não está de acordo com protocolo																																
11 Paciente incontinente não faz uso de produto para proteção de DAI																																
12 O paciente não está ciente do risco de queda																																
13 Acompanhante não ciente do risco de queda																																
14 Paciente com risco de queda sem acompanhante																																
15 Paciente com risco de queda com posicionamento inadequado no leito																																
16 Paciente com risco de queda com grade baixa																																
17 Acompanhante não está ciente do risco de broncoaspiração																																
18 Cabeceira menos de 30º durante a administração da dieta.																																
19 Fixação do tubo inadequada ou presença de sudorese ou secreção brônquica ou desprendendo.																																
20 Posicionamento inadequado no leito.																																

Gerência de Riscos Clínicos – Unidade: _____ **Mês:** _____ **/Ano:** _____ **Acadêmico:** _____



REQUISITOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	T
23. ACESSO COM SINAL DE EXTRAVASAMENTO																																
24. ACESSO COM SINAL DE INFILTRAÇÃO																																
25. ACESSO COM SINAL DE HIPEREMIA																																
26. ACESSO COM SINAL DE FLEBITE																																
27. ACESSO COM SINAIS FLOGÍSTICOS																																
28. FIXAÇÃO DE TOT INADEQUADA																																
29. PACIENTE COM AGITAÇÃO PASICOMOTORA																																
REQUISITOS ADMINISTRATIVOS																																
1. NAS NÃO AVALIADO NA ADMISSÃO?																																
2. NAS NÃO AVALIADO DIARIAMENTE?																																
3. ESEL NÃO AVALIADO NA ADMISSÃO?																																
4. ESEL NÃO AVALIADO DIARIAMENTE?																																
5. BRADEN NÃO AVALIADO NA ADMISSÃO?																																

[illegible]



1.15 RELATÓRIO SETORIAL DE RISCOS CLÍNICOS

RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO

UNIDADE:	ACADÊMICO:	MÊS:	Ano:
1 PACIENTES DO MÊS ANTERIOR	N.º	RISCO MODERADO	N.º
2 ADMISSÕES	N.º	RISCO LEVE/ BAIXO RISCO	N.º
TOTAL DE PACIENTES (1+2)	N.º	RISCO ELEVADO/ ALTO RISCO	N.º
TOTAL DE PACIENTES COM RISCO DE UP (BRADEN)	N.º	RISCO MUITO ELEVADO	N.º

DADOS RELACIONADOS À INCIDÊNCIA ÚLCERA POR PRESSÃO

INCIDÊNCIA DE UP	N.º	TEMPO DE PERMANÊNCIA NA INC	N.º	ESEL 11 NA INC	N.º
RISCO NA INC		< 7 DIAS	N.º	CM	N.º
SEM RISCO	N.º	8 A 14 DIAS	N.º	C I	N.º
LEVE/ BAIXO RISCO	N.º	16 A 30 DIAS	N.º	C C	N.º
MODERADO	N.º	31 A 40 DIAS	N.º	CCC	N.º
ELEVADO/ ALTO RISCO	N.º	41 A 60 DIAS	N.º	O PACIENTE DE UTI É AVALIADO PELO NAS. NÃO ENTRA NESTA CONTAGEM.	
MUITO ELEVADO	N.º	> 60 DIAS	N.º		

RISCO DE QUEDA, FLEBITE, BRONCOASPIRAÇÃO E EXTUBAÇÃO ACIDENTAL

TOTAL DE PACIENTES NA UNIDADE	N.º	TOTAL DE PACIENTES COM RISCOS CLÍNICOS	N.º
QUEDA	N.º	PERDA DE ACESSO CENTRAL	N.º
FLEBITE	N.º	EXTUBAÇÃO ACIDENTAL	N.º
BRONCOASPIRAÇÃO	N.º		

[illegible]

[illegible]

Protocolos ISGH | Prevenção de Lesão de Pele