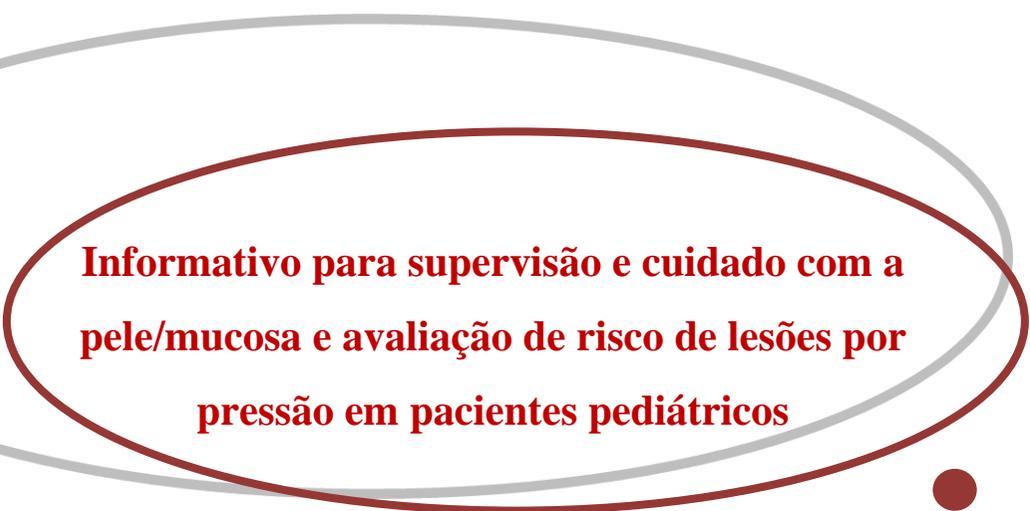


GUIA DE CONSULTA RÁPIDA



**Informativo para supervisão e cuidado com a
pele/mucosa e avaliação de risco de lesões por
pressão em pacientes pediátricos**



ESCALA DE BRADEN Q

Autora:
Marcelli Cristine Vocci

Coautoras:
Cassiana Mendes Bertoncello Fontes
Lis Amanda Ramos Toso

Revisora técnica:
Luciana Patricia Fernandes Abbade

FICHA CATALOGráfICA ELABORADA PELA SEÇÃO T C. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTA O - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECARIA RESPONSÁVEL: **ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE - CRB 8/5651**

Vocci, Marcelli Cristine.

Guia de consulta rápida [recurso eletr nico] : informativo para supervisão e cuidado com a pele/mucosa e avalia o de risco de lesões por pressão nos pacientes pediátricos : Escala de Braden-Q / Marcelli Cristine Vocci, Cassiana Mendes Bertoncello Fontes, Lis Amanda Ramos Toso; Revisora técnica Luciana Patricia Fernandes Abbade. – Botucatu : Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina, 2016
ePUB

ISBN: 978-85-65318-19-8 (recurso eletr nico)

1. Enfermagem - Manuais, guias, etc. 2.  lcera por pressão. 3. Membrana mucosa - Ferimentos e lesões. 4. Pele - Ferimentos e lesões. 5. Serviços de saúde infantil. 6. Serviços de enfermagem – Administra o. 7. Manuais técnicos. I. Título. II. Fontes, Cassiana Mendes Bertoncello. III. Toso, Lis Amanda Ramos. VI. Abbade, Luciana Patricia Fernandes.

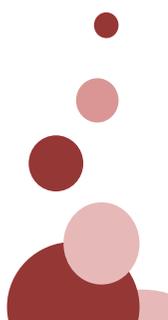
CDD 610.7362

Apresentação

Este Guia Informativo foi desenvolvido para atenção aos pacientes pediátricos para permitir ao enfermeiro supervisionar a pele e mucosas, avaliar o risco para desenvolvimento de lesões por pressão (LP) utilizando a Escala de Braden-Q (EB-Q), bem como adotar as melhores práticas para sua prevenção e cuidado com a pele.

A susceptibilidade, gravidade e prevalência de LP podem ser avaliadas por instrumentos desenvolvidos que proporcionam avaliação de risco, como a EB-Q, e que possam primeiramente orientar, além de direcionar e otimizar recursos humanos e materiais para prevenção dessas lesões, reduzir a carga de trabalho dos profissionais e o custo no tratamento.

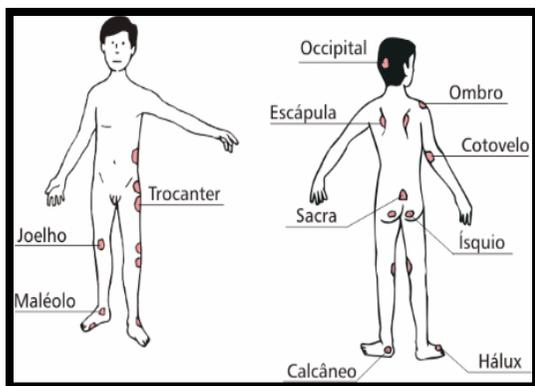
O enfermeiro que utiliza a EB-Q tem em mãos um instrumento validado para o Brasil de identificação de risco para LP, termo recentemente modificado pela *National Pressure Ulcer Advisory Panel*, de úlcera por pressão para lesão por pressão.



Lesão por pressão (LP)

A LP é por definição “um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro

artefato. A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como lesão aberta, podendo ser dolorosa. A lesão ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição”.



O sistema de classificação em estágios da LP foi criado pelo “National Pressure Ulcer Advisory Panel” (NPUAP), em 1989, podendo ser classificada em estágio de I a IV.

Sistema de classificação das lesões por pressão segundo NPUAP/EPUAP, modificados em 2016 (1,2,3):

Estágio I: Pele íntegra com eritema que não branqueável

Pele íntegra com área localizada de eritema que não branqueável e que pode parecer diferente em pele de cor escura. Presença de eritema

branqueável, mudanças na sensibilidade, temperatura ou consistência (endurecimento) podem preceder as mudanças visuais. Mudanças na cor não incluem descoloração púrpura ou castanha; essas podem indicar dano tissular profundo.

Estágio II: Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme

Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme. O leito da ferida é viável, de coloração rosa ou vermelha, úmido e pode também apresentar-se como uma bolha intacta (preenchida com exsudato seroso) ou rompida. O tecido adiposo e tecidos profundos não são visíveis. Tecido de granulação, esfacelo e escara não estão presentes. Essas lesões geralmente resultam de microclima inadequado e cisalhamento da pele na região da pélvis e no calcâneo. Esse estágio não deve ser usado para descrever as lesões de pele associadas à umidade, incluindo a dermatite associada à incontinência, a dermatite intertriginosa, a lesão de pele associada a adesivos médicos ou as feridas traumáticas (lesões por fricção, queimaduras, abrasões).

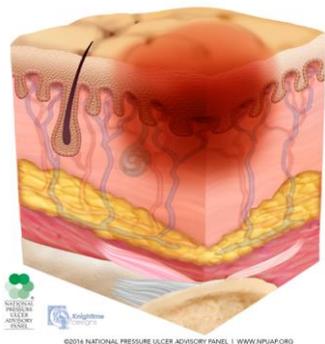
Estágio III: Perda da pele em sua espessura total

Perda da pele em sua espessura total na qual a gordura é visível e, frequentemente, tecido de granulação e epíbole (lesão com bordas enroladas) estão presentes. Esfacelo e/ou escara pode estar visível. A profundidade do dano tissular varia conforme a localização anatômica; áreas com adiposidade significativa podem desenvolver lesões

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

Perda da pele em sua espessura total e perda tissular com exposição ou palpação direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso. Esfacelo e /ou escara pode estar visível. Epíbole (lesão com bordas enroladas), descolamento e/ou túneis ocorrem frequentemente. A profundidade varia conforme a localização anatômica. Quando o esfacelo ou escara prejudicam a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como LP Não Classificável.

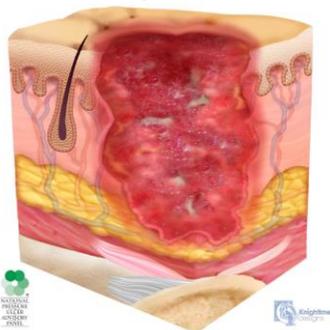
Estágio I



Estágio II



Estágio III

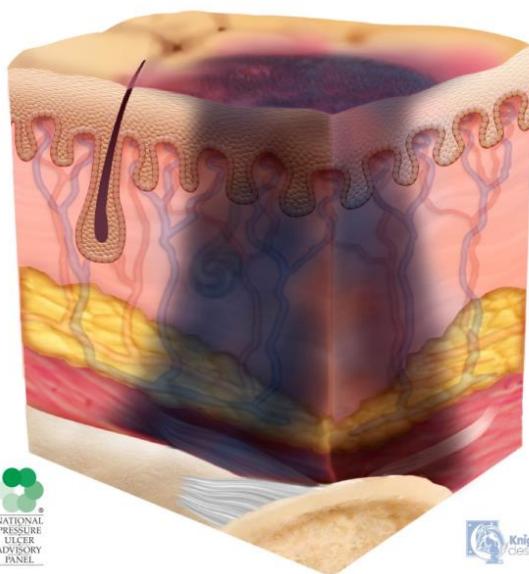


Estágio IV



Lesão por pressão tissular profunda

Pele intacta ou não, com área localizada e persistente de descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura que não embranquece ou separação epidérmica que mostra lesão com leito escurecido ou bolha com exsudato sanguinolento. Dor e mudança na temperatura frequentemente precedem as alterações de coloração da pele. A descoloração pode apresentar-se diferente em pessoas com pele de tonalidade mais escura. Essa lesão resulta de pressão intensa e/ou prolongada e de cisalhamento na interface osso-músculo.



]



ESCALA E BRADEN Q (EB-Q)

A EB-Q é dividida em sete sub-escalas: mobilidade, grau de atividade física, percepção sensorial, umidade, fricção e cisalhamento, nutrição, e perfusão tecidual e oxigenação, que são pontuadas de um (menos favorável) a quatro (mais favorável). A somatória total indicará os valores entre sete a 28 pontos. Ao final da avaliação o risco é interpretado assim: menor que 22 significa alto risco, e maior ou igual que 22 baixo risco. Pode-se dizer que quanto menor a pontuação maior o risco para o desenvolvimento da LP.⁽⁴⁾

ROTEIRO DE CUIDADOS

O roteiro de cuidados a seguir está baseado em um **diagnóstico de enfermagem** que expressa o fenômeno: “Risco de Integridade da Pele Prejudicada”, que tem como definição, segundo a NANDA-I⁽⁵⁾, “risco de epiderme e/ou derme alteradas”.

Os **resultados de enfermagem** esperados são a manutenção da “**Integridade Tissular: pele e mucosas**”, que tem como definição segundo a NOC⁽⁶⁾ “integridade estrutural e função fisiológica normal da pele e mucosas”. Esses resultados descrevem a condição e a função dos tecidos corporais de um indivíduo e os **indicadores** de resultados são mensuradores do resultado a ser alcançado ou não, a partir de uma intervenção de enfermagem, escolhida pelo enfermeiro.

A **intervenção de enfermagem** escolhida nesse estudo foi, segundo a NIC⁽⁷⁾, a “**Supervisão da pele**” definida como “coleta e análise de dados do paciente para manter a integridade da pele e das mucosas”. Está contextualizada na importância do controle de pele e feridas para manter ou recuperar a integridade tissular. Em um paciente

poderá haver risco para LP em algumas regiões, e simultaneamente, em outras áreas do corpo, lesões de pele em vários estágios.

Os **indicadores de resultados** propostos são: temperatura da pele, sensibilidade, elasticidade, hidratação, transpiração, textura, espessura, perfusão tissular, integridade da pele, pigmentação anormal, lesões de pele, lesões de mucosas, tecido cicatricial, descamação, eritema, branqueamento, necrose, endurecimento. Eles podem ser usados pelo enfermeiro, de acordo com a uma pontuação tipo Likert, de 1 a 5 onde 1 é comprometimento grave e 5 nenhum comprometimento.

As atividades da **intervenção de enfermagem** “Supervisão da pele” propostas para a equipe de enfermagem são:

- ✓ Examinar a pele e as mucosas quanto à vermelhidão, calor exagerado, edema e drenagem;
- ✓ Observar as extremidades quanto à cor, calor, inchaço, pulsos, textura, edema e ulcerações;
- ✓ Examinar a condição da incisão cirúrgica;
- ✓ Utilizar instrumento de levantamento de dados para identificar pacientes com risco de LP – **Escala de Braden-Q** na população pediátrica;
- ✓ Monitorar cor e temperatura da pele;
- ✓ Monitorar a pele e as mucosas quanto às áreas de descoloração, contusões e distúrbios;
- ✓ Monitorar a pele quanto à exantemas e abrasões;
- ✓ Monitorar a pele quanto a ressecamento e umidade excessivos;
- ✓ Monitorar aparecimento de fontes de pressão e atrito;

- ✓ Monitorar ocorrência de infecção, em especial de áreas edemaciadas;
- ✓ Examinar as roupas quanto à compressão;
- ✓ Documentar mudanças na pele e mucosas;
- ✓ Instituir medidas de prevenção: colchão sobreposto, reposicionamento e mudanças de decúbito aprazadas;
- ✓ Orientar aos familiares e cuidadores sobre sinais de degradação da pele, se apropriado.

As atividades propostas podem e devem ser modificadas de acordo com a reavaliação do enfermeiro responsável pelos cuidados ao paciente e quaisquer alterações devem ser documentadas e comunicadas à equipe de enfermagem. A passagem de plantão deve ser fidedigna e com responsabilidade legal de todos.

Alguns cuidados com a pele especificamente são descritos abaixo:

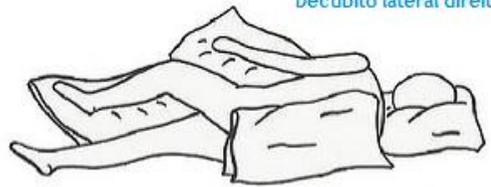
- Mantenha a pele livre do excesso de umidade;
- Limpe a pele com sabonete neutro;
- Faça a limpeza diária dos olhos, cavidade oral e áreas da fralda ou perineal e outras áreas deterioração da pele;
- Aplique hidratante sem álcool depois da limpeza da pele para reter o hidratante;
- Utilize o mínimo de fitas adesivas; em uma pele muito sensível utilize barreira protetora à base de pectina ou hidrocolóide entre a pele e adesivos; (protocolo institucional)

- Coloque as barreiras (pectina ou hidrocolóide) diretamente sobre a pele escoriada. Deixe-a intacta por 5 a 7 dias; (protocolo institucional)
 - Alterne eletrodos, sensores de saturimetria não invasiva, fixação de sondas, e avaliar a pele de acordo com o protocolo institucional;
 - Elimine pressão secundária por dispositivos tecnológicos, como cânulas de traqueostomia, tubos, sondas de gastrostomia, etc.
 - Os dedos ou artelhos devem estar visíveis sempre que as extremidades forem usadas para acesso venoso ou arterial;
 - Use lençol para mover a criança, nunca a arraste segurando embaixo dos braços;
 - Manter o corpo da criança em posição de alinhamento neutro: use colchões, almofadas, cunhas e dispositivos semelhantes para prevenir abdução do quadril, pressão em proeminências ósseas, como calcâneos, cotovelos e regiões sacra e occipital;
 - Na posição lateralizada: devem ser colocados dispositivos entre os joelhos, embaixo da cabeça, e abaixo do braço para manter alinhamento do corpo;
 - A cabeceira deve permanecer em 30°, exceto quando contra-indicada;
 - Não massageie proeminências ósseas quando hiperemiadas, pois podem danificar os tecidos profundos, promova alívio da pressão nessas áreas;
- 

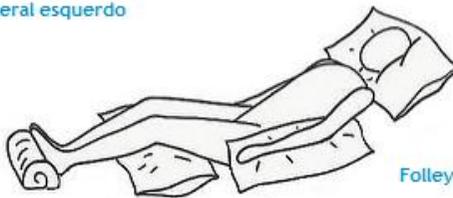
- Análise nutricional é indispensável para manter a integridade da pele, principalmente aquelas que permanecem em jejum por vários dias, recebendo apenas infusão venosa de líquidos. A nutrição parenteral deve ser considerada;
- A hora do banho é um importante momento de avaliação da pele e mucosas do paciente.



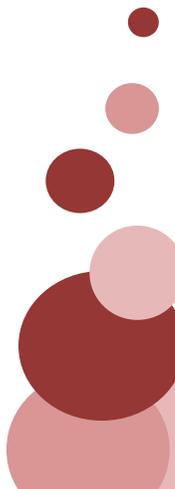
Decúbito lateral esquerdo



Decúbito lateral direito

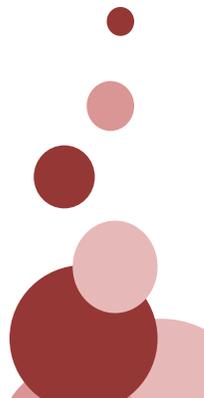


Folley



REFERÊNCIAS

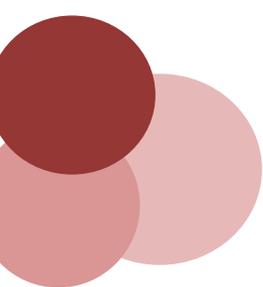
1. National Pressure Ulcer Advisory Panel and European Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: clinical practice guideline. Washington, DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.
2. Ministério da Saúde. ANVISA. FIOCRUZ. Protocolo para prevenção de úlcera por pressão. Brasília; 2013.
3. Visscher M, King A, Nie AM, Schaffer P, Taylor T, Pruitt D, et al. A quality-improvement collaborative project to reduce pressure ulcers in PICUs. *Pediatrics*. 2013; 131(6):e1950-60. doi: 10.1542/peds.2012-1626.
4. Ministério da Saúde. Departamento da Qualidade na saúde. Orientação da direção-geral da saúde. Escala de Braden: Versão Adulta e Pediátrica (Braden Q). Lisboa (PT); 2011.
5. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. NANDA Internacional. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 495.
6. Hochenberry M, Wilson D. Wong - fundamentos de enfermagem pediátrica. 9a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2014. p. 622.



Escala de Braden Q

<p>MOBILIDADE</p> <p>Capacidade de Mudar e controlar a posição do corpo.</p>	<p>1. Completamente Imóvel:</p> <p>Não faz mudanças, nem mesmo pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.</p>	<p>2. Muito limitado:</p> <p>Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças completamente sozinho.</p>	<p>3. Levemente limitado:</p> <p>Faz mudanças frequentes, embora pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.</p>	<p>4. Nenhuma limitação:</p> <p>Faz mudanças importantes e frequentes na posição do corpo, sem ajuda.</p>
<p>ATIVIDADE</p> <p>Grau de atividade física.</p>	<p>1. Acamado:</p> <p>Permanece no leito o tempo todo.</p>	<p>2. Restrito à cadeira:</p> <p>A capacidade de deambular está gravemente limitada ou inexistente. Não consegue sustentar o próprio peso e/ou precisa de ajuda para sentar-se em uma cadeira ou cadeira de rodas.</p>	<p>3. Deambulação ocasional:</p> <p>Deambula ocasionalmente durante o dia, porém por distâncias bem curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte do turno no leito ou na cadeira.</p>	<p>4. Crianças jovens demais para deambular ou deambulam frequentemente:</p> <p>Deambula fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada duas horas durante as horas está acordado.</p>
<p>PERCEPÇÃO SENSORIAL</p> <p>Capacidade de responder de maneira apropriada ao desconforto relacionado à pressão</p>	<p>1. Completamente limitada:</p> <p>Não responde ao estímulo doloroso (não geme, não se encolhe ou se agarra), devido à diminuição do nível de consciência, ou sedação ou limitação da capacidade de sentir dor na maior parte da superfície corporal.</p>	<p>2. Muito limitada:</p> <p>Responde apenas ao estímulo doloroso. Não consegue comunicar desconforto, exceto por gemido ou inquietação; ou apresenta alguma disfunção sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.</p>	<p>3. Levemente limitada:</p> <p>Responde aos comandos verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, ou apresenta alguma disfunção sensorial em uma ou duas extremidades que limita a capacidade de sentir dor.</p>	<p>4. Nenhuma alteração:</p> <p>Responde aos comandos verbais. Não apresenta déficit sensorial que limite a capacidade de sentir ou comunicar dor ou desconforto.</p>
<p>UMIDADE</p> <p>Grau de exposição da pele à umidade.</p>	<p>1. Constantemente úmida:</p> <p>A pele fica constantemente úmida por suor, urina, etc. A umidade é percebida cada vez que o paciente é movimentado ou mudado de posição.</p>	<p>2. Frequentemente úmida:</p> <p>A pele está frequentemente, mas nem sempre, úmida. A roupa de cama precisa ser trocada pelo menos a cada oito horas.</p>	<p>3. Ocasionalmente úmida:</p> <p>A pele está ocasionalmente úmida, necessitando de troca de roupa de cama a cada 12 horas.</p>	<p>4. Raramente úmida:</p> <p>A pele geralmente está seca, as trocas de fraldas são feitas de rotina e as roupas de cama necessitam ser trocadas apenas a cada 24h.</p>

<p>FRICÇÃO E CISALHAMENTO</p> <p>Fricção: a pele se move contra as estruturas de suporte. Cisalhamento: a pele e a superfície óssea adjacente deslizam uma sobre a outra.</p>	<p>1. Problema importante:</p> <p>A espasticidade, a contratura, o prurido ou a agitação levam a criança debater-se no leito e há fricção quase constante.</p>	<p>2. Problema:</p> <p>Necessita de ajuda moderada a máxima para se mover. É impossível se levantar completamente sem deslizar sobre os lençóis do leito ou cadeira, necessitando de reposicionamento frequente com o máximo de assistência.</p>	<p>3. Problema Potencial:</p> <p>Movimenta-se com dificuldade ou necessita de mínima assistência. Durante o movimento, provavelmente ocorre atrito entre a pele e os lençóis, cadeira, coxins ou outros dispositivos. A maior parte do tempo mantém uma posição relativamente boa na cadeira e no leito, mas ocasionalmente escorrega.</p>	<p>4. Nenhum problema aparente:</p> <p>Capaz de levantar-se completamente durante uma mudança de posição. Movimenta-se sozinho na cadeira e no leito, e tem força muscular suficiente para levantar-se completamente durante o movimento. Mantém uma posição adequada no leito e na cadeira o tempo todo.</p>
<p>NUTRIÇÃO</p> <p>Padrão habitual de consumo alimentar.</p>	<p>1. Muito pobre:</p> <p>Em jejum e/ou mantido com ingestão hídrica ou hidratação IV por mais de 5 dias ou albumina < 2,5 mg/dl ou nunca come uma refeição completa. Raramente come mais da metade de algum alimento oferecido. O consumo de proteínas inclui apenas duas porções de carne ou derivados de leite por dia. Ingere pouco líquido. Não ingere suplemento dietético líquido.</p>	<p>2. Inadequada:</p> <p>Dieta líquida por sonda ou NPP que fornece calorias e minerais insuficientes para a idade ou albumina < 3 mg/dl ou raramente come uma a refeição completa. Geralmente come apenas a metade de algum alimento oferecido. O consumo de proteínas inclui apenas três porções de carne ou derivados de leite por dia. Ocasionalmente ingere suplemento dietético</p>	<p>3. Adequada:</p> <p>Dieta por sonda ou NPP que fornece calorias e minerais suficientes para a idade ou come mais da metade da maioria das refeições. Consome um total de quatro porções de proteínas (carne, derivados de leite) por dia. Ocasionalmente recusa uma refeição, mas geralmente toma suplemento dietético, se oferecido.</p>	<p>5. Excelente:</p> <p>Dieta geral que fornece calorias suficientes para a idade. Por exemplo, come/bebe a maior parte de cada refeição/alimentação. Nunca recusa uma refeição. Geralmente come um total de quatro ou mais porções de carne e derivados de leite. Ocasionalmente, come entre as refeições. Não necessita de suplementação.</p>
<p>PERFUSÃO TECIDUAL E OXIGENAÇÃO</p>	<p>1. Extremamente comprometida:</p> <p>Hipotenso (PAM <50 mmHg; <40 mmHg em recém-nascido) ou o paciente não tolera as mudanças de posição.</p>	<p>2. Comprometida:</p> <p>Normotenso. Apresenta saturação de oxigênio <95% ou a hemoglobina <10 mg/dl ou o tempo de enchimento capilar >2 segundos. O pH sérico <7,40.</p>	<p>3. Adequada:</p> <p>Normotenso. Apresenta saturação de oxigênio <95% ou a hemoglobina <10 mg/dl ou o tempo de enchimento capilar >2 segundos. O pH sérico é normal.</p>	<p>4. Excelente:</p> <p>Normotenso. Apresenta saturação de oxigênio >95%, a hemoglobina normal e o tempo de enchimento capilar <2 segundos.</p>



Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-85-65318-19-8



9 788565 318198

