

Evite a pressão.

Proteja a pele de seus pacientes.

PROTOCOLO PREVENTIVO

LESÃO POR PRESSÃO EM
UNIDADES PEDIÁTRICAS

1ª Ed.

2016

Evite a pressão.

Proteja a pele de seus pacientes.

PROTOCOLO PREVENTIVO

LESÃO POR PRESSÃO EM
UNIDADES PEDIÁTRICAS

1ª Ed.

2016

Autora:

Marcelli Cristine Vocci

Coautoras:

Luciana Patricia Fernandes Abbade

Cassiana Mendes Bertoncello Fontes

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÊC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: **ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE - CRB 8/5651**

Vocci, Marcelli Cristine.

Protocolo preventivo [recurso eletrônico] : lesão por pressão em unidades pediátricas / Marcelli Cristine Vocci; Coautoras Luciana Patrícia Fernandes Abbade , Cassiana Mendes Bertoncello Fontes. – Botucatu : Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina, 2016

ePUB

ISBN: 978-85-65318-20-4 (recurso eletrônico)

1. Enfermagem - Manuais, guias, etc. 2. Úlcera por pressão - Prevenção.
4. Pele - Ferimentos e lesões. 5. Medicina preventiva. 6. Serviços de saúde infantil. 7. Serviços de enfermagem – Administração. 8. Manuais técnicos.
9. Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina.
I. Título. II. Abbade, Luciana Patrícia Fernandes. III. Fontes, Cassiana Mendes Bertoncello.

CDD 610.7362

****Em sua maior parte, este guia foi baseado no trabalho de organizações especialistas na área como: *European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP)*, *American National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)*, *Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA)*, *Ascension Healt*, *Institute for Healthcare Improvement*, *Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR)* *Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST)*, *Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia (SOBENDE)* e *Ministério da saúde/Anvisa/Fiocruz*.**

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	5-6
PREVALÊNCIA E INCIDÊNCIA.....	6
CLASSIFICAÇÃO DAS LESÕES POR PRESSÃO	7-15
ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO DA LESÃO POR PRESSÃO.....	16-19
INTERVENÇÕES PREVENTIVAS.....	20-25
TRATAMENTO DA LESÃO POR PRESSÃO NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA.....	26-33
BIBLIOGRAFIA.....	34-36
ANEXOS.....	37

Prefácio

Este protocolo apresenta um resumo das recomendações e trechos de evidências de apoio para a prevenção de lesões por pressão, podendo ser um guia de consulta rápida, destinando-se a profissionais da saúde envolvidos no cuidado de indivíduos que estão em risco de desenvolvimento de lesões por pressão, ou aqueles com lesão por pressão existente no momento do atendimento, sendo importante para auxiliar na priorização de intervenções.

Meta

Identificar os pacientes com maior risco de desenvolvimento de lesão por pressão, estabelecer medidas preventivas apropriadas, e com isso, favorecer um melhor atendimento individualizado, rápido e efetivo, além de padronizar condutas e diminuir custos. E com isso, melhorar a segurança nos cuidados de saúde referentes à lesão por pressão e, por conseguinte, a qualidade de vida dos pacientes.

Uso apropriado

A decisão de adotar qualquer recomendação deve ser feita pelo profissional de saúde, levando em consideração os recursos disponíveis, as circunstâncias do paciente no momento do atendimento, além de ponderar suas preferências pessoais.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento de uma lesão por pressão causa no paciente e seus familiares uma sobrecarga emocional, física e social, corroborando para a piora de sua qualidade de vida, além de que à medida que ocorre o aumento do tempo de internação, resulta na elevação dos custos para o serviço de saúde e maior índice de morbidade e mortalidade desses pacientes. ⁽¹⁻²⁾

Atualmente, está claro, que esse fenômeno extrapola os cuidados de enfermagem, pois possui etiologia multifatorial, abrangendo fatores intrínsecos e extrínsecos ao paciente como idade, comorbidades, condições de mobilidade, situação nutricional, nível de consciência entre outros. Na população pediátrica os riscos para o desenvolvimento das lesões por pressão estão relacionados principalmente a imaturidade da pele, comprometimento da perfusão, diminuição da mobilidade, resposta neurológica alterada, retenção de fluídos, umidade e dispositivos médicos. ⁽³⁾

Contudo, os profissionais de enfermagem em virtude de prestarem cuidados diretos aos pacientes e acompanhá-los ao decorrer do dia, têm se responsabilizado pela implementação de cuidados que visem medidas preventivas e sistematizadas, por meio da adoção de protocolos baseados em diretrizes internacionais, com intuito de evitar este grave evento adverso.

Em Abril de 2016, a National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) anunciou a mudança na terminologia de Úlcera por Pressão para Lesão por Pressão e a atualização da nomenclatura dos estágios do sistema de classificação.

Definição

Lesão por pressão é 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. ⁽⁴⁾

[NPUAP - National Pressure Ulcer Advisory Panel and European Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers. Washington; 2016.](#)

Prevalência e incidência da lesão por pressão na população pediátrica

Pesquisas de prevalência (proporção de indivíduos com determinada característica em um ponto no tempo) de lesão por pressão em crianças e adolescentes apresentam índices entre 0,47% e 35%.⁽⁵⁻¹⁰⁾ As taxas de incidência (taxa de ocorrência de casos novos em um determinado espaço de tempo) de lesões por pressão descritas internacionalmente para essas populações variam entre 0,29% e 27%. ⁽¹¹⁻⁴⁾ Estudos nacionais apresentaram prevalência de 8,06% em unidades pediátricas e incidência de 42,4% em unidade de terapia intensiva pediátrica. ⁽¹⁵⁻⁶⁾

Apesar da maioria das lesões por pressão serem evitáveis, estima-se que aproximadamente 600 mil pacientes em hospitais dos EUA evoluam a óbito a cada ano em decorrência de complicações secundárias à lesão. O custo total estimado de seu tratamento nos EUA é de 11 bilhões de dólares por ano. ⁽¹⁷⁻⁸⁾

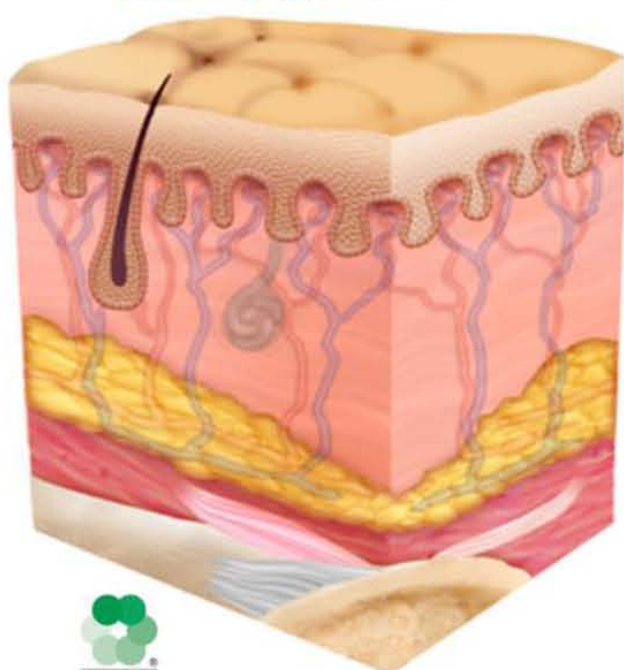
CLASSIFICAÇÃO DAS LESÕES POR PRESSÃO

SISTEMA INTERNACIONAL (NPUAP/EPUAP)

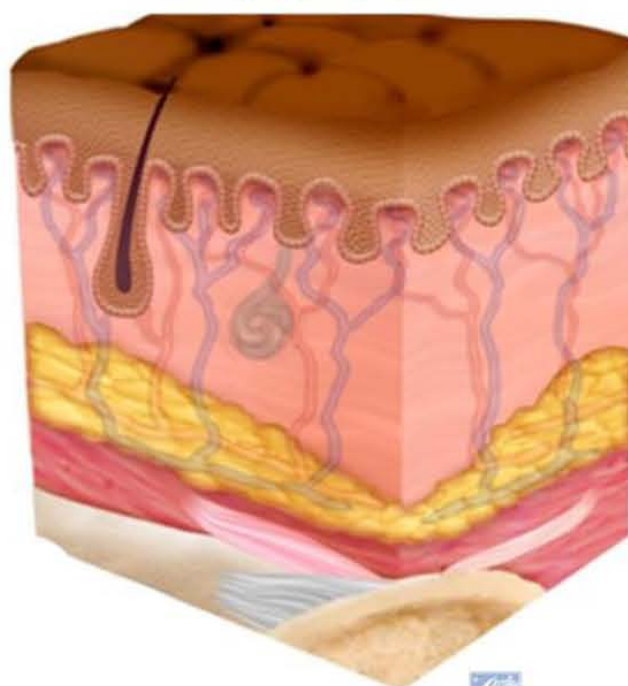
Para indicar a extensão/profundidade do dano tissular observado, as lesões por pressão foram categorizadas de forma que norteie a descrição clínica. O sistema internacional de classificação atualizado pela NPUAP inclui as seguintes definições:

Pele saudável

Menos pigmentada



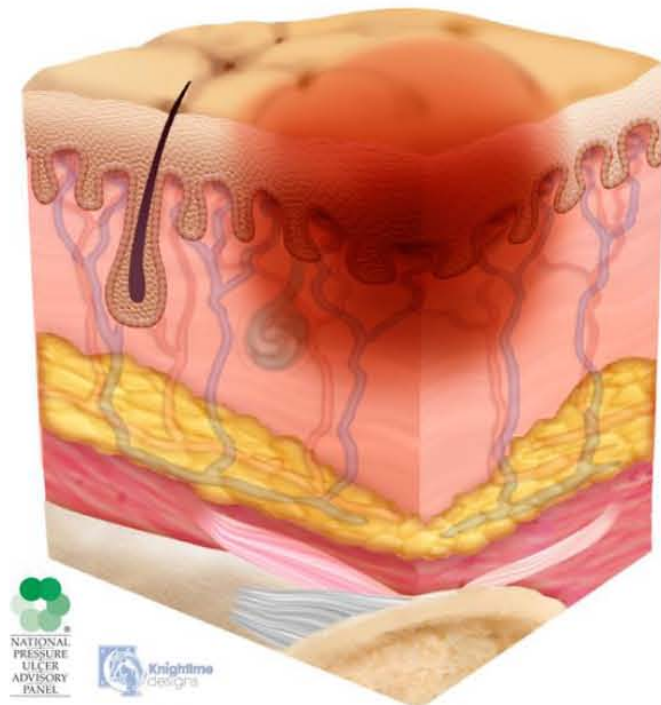
Mais pigmentada



Lesão por Pressão Estágio 1

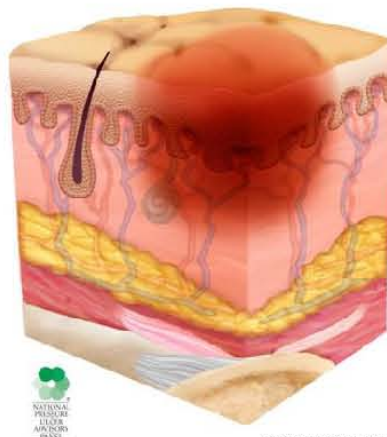
Pele íntegra com eritema que não embranquece

Pele íntegra com área localizada de eritema que não embranquece e que pode parecer diferente em pele de cor escura. Presença de eritema que embranquece ou mudanças na sensibilidade, temperatura ou consistência (endurecimento) podem preceder as mudanças visuais. Mudanças na cor não incluem descoloração púrpura ou castanha; essas podem indicar dano tissular profundo.

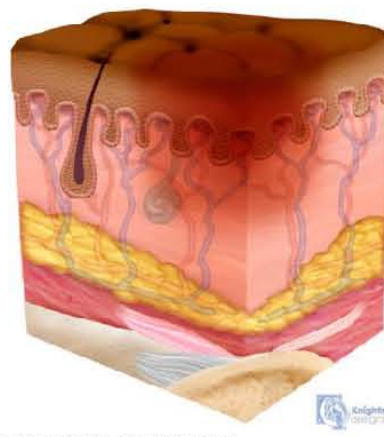


©2016 NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL | WWW.NPUAP.ORG

ESTAGIO 1 - Edema

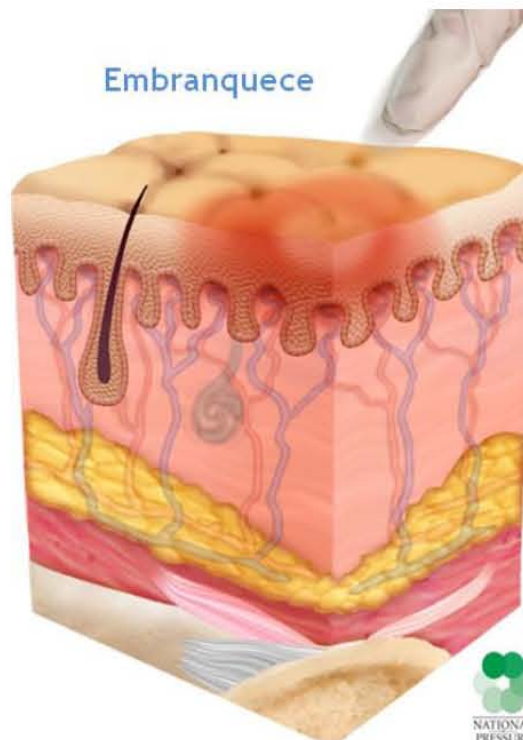


ESTAGIO 1 - Pele mais pigmentada



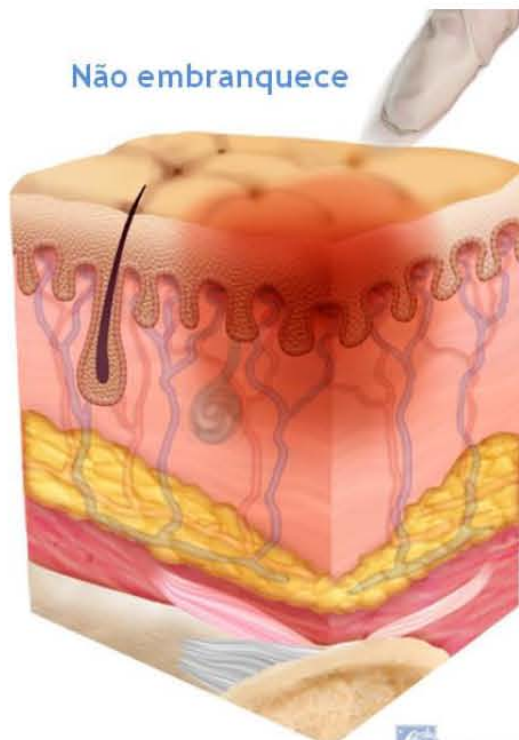
©2016 NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL | WWW.NPUAP.ORG

Embranquece



©2016 NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL | WWW.NPUAP.ORG

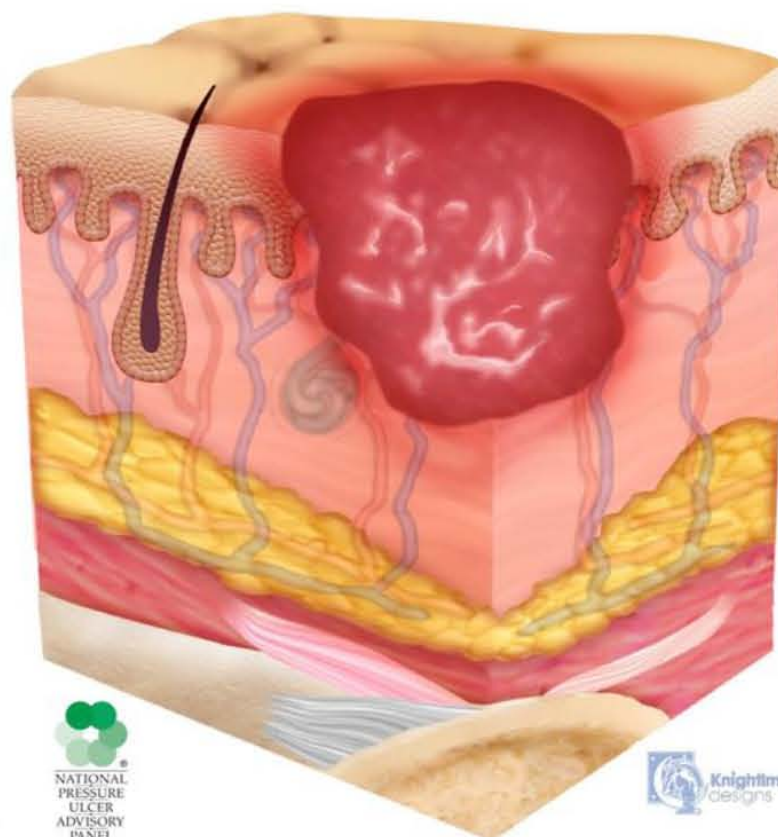
Não embranquece



Lesão por Pressão Estágio 2

Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme

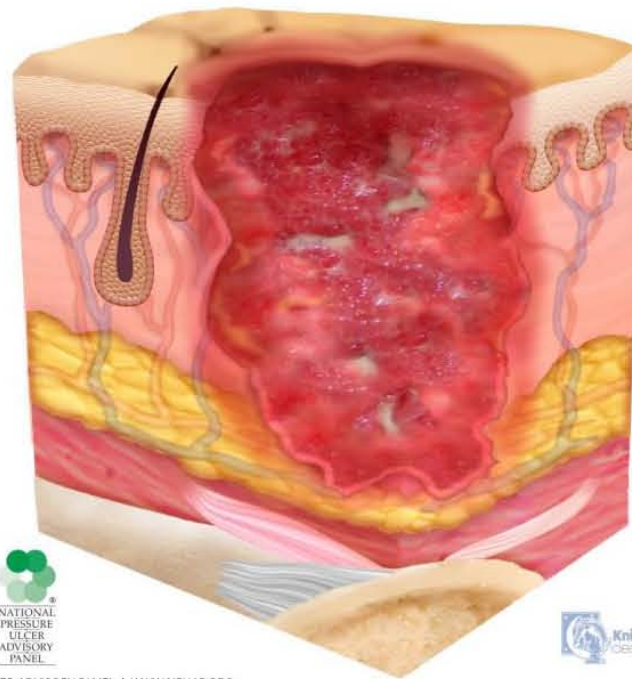
Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme. O leito da ferida é viável, de coloração rosa ou vermelha, úmido e pode também apresentar-se como uma bolha intacta (preenchida com exsudato seroso) ou rompida. O tecido adiposo e tecidos profundos não são visíveis. Tecido de granulação,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



Lesão por Pressão Estágio 3

Perda da pele em sua espessura total

Perda da pele em sua espessura total na qual a gordura é visível e, 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. Podem ocorrer descolamento e túneis. Não há exposição de fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso. Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável.



©2016 NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL | WWW.NPUAP.ORG

Estágio 3 - COM EPÍBOLE



Area of Focus

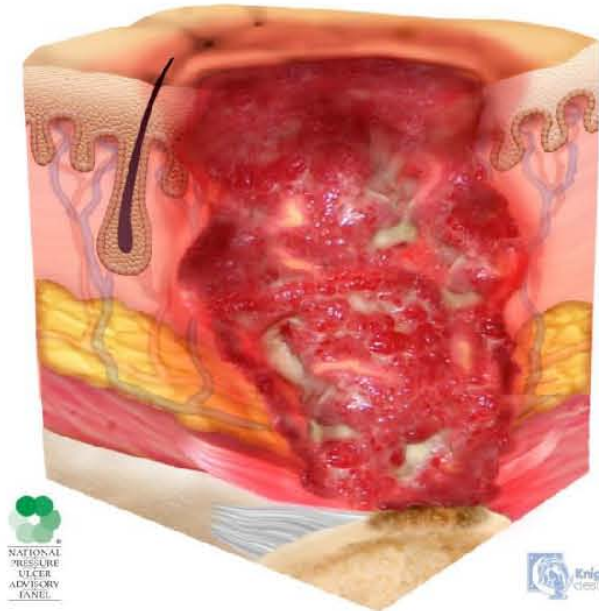


©2016 NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL | WWW.NPUAP.ORG

Lesão por Pressão Estágio 4

Perda da pele em sua espessura total e perda tissular

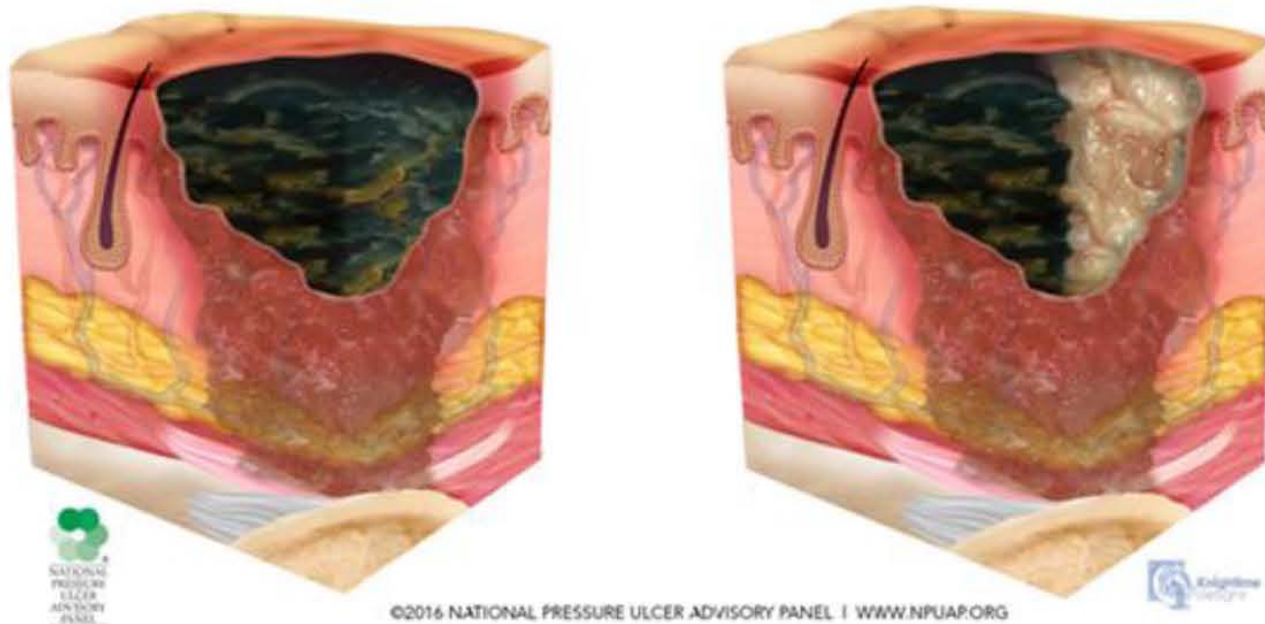
Perda da pele em sua espessura total e perda tissular com exposição ou palpação direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso. Esfacelo e /ou escara pode estar visível. Epíbole (lesão com bordas enroladas), descolamento e/ou túneis ocorrem frequentemente. A profundidade varia conforme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



LESÃO POR PRESSÃO TISSULAR PROFUNDA (LPTP)

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. A ferida pode evoluir rapidamente e revelar a extensão atual da lesão tissular ou resolver sem perda tissular. Quando tecido necrótico, tecido subcutâneo, tecido de granulação, fáscia, músculo ou outras estruturas subjacentes estão visíveis, isso indica lesão por pressão com perda total de tecido (Lesão por Pressão Não Classificável ou Estágio 3 ou Estágio 4). Não se deve utilizar a categoria Lesão por Pressão Tissular Profunda (LPTP) para descrever condições vasculares, traumáticas, neuropáticas ou dermatológicas.





Lesão por Pressão Não Classificável: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível.

Perda da pele em sua espessura total e perda tissular na qual a extensão do dano não pode ser confirmada porque está encoberta pelo esfacelo ou escara. Ao ser removido (esfacelo ou escara), Lesão por pressão em Estágio 3 ou Estágio 4 ficará aparente. Escara estável (isto é, seca, aderente, sem eritema ou flutuação) em membro isquêmico ou no calcâneo não deve ser removida.

DEFINIÇÕES ADICIONAIS:

Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico

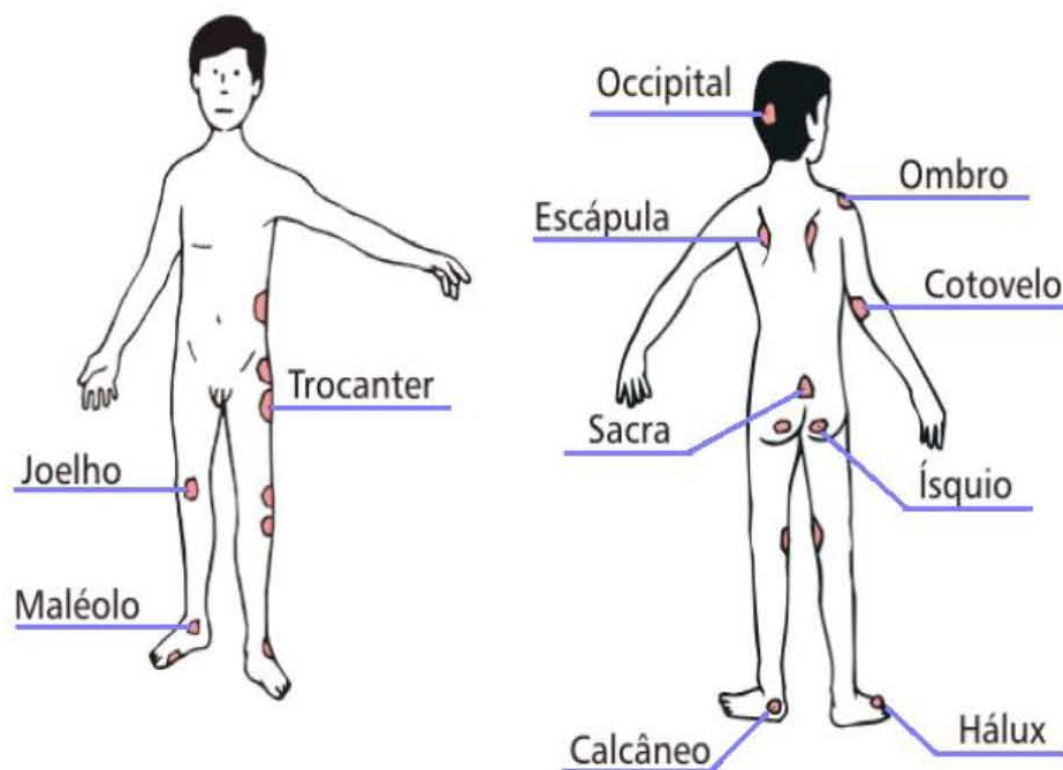
Essa terminologia descreve a etiologia da lesão. A Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. A lesão por pressão resultante geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo. Essa lesão deve ser categorizada usando o sistema de classificação de lesões por pressão.

Lesão por Pressão em Membranas Mucosas

A lesão por pressão em membranas mucosas é encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas.

Locais comuns de desenvolvimento

As LPs se apresentam em diversas regiões corporais, sendo os locais mais usuais para seu desenvolvimento e que requerem maiores cuidados, as regiões dos calcâneos, maléolos, trocanter, sacroca, ísquio, occipital dentre outros, sendo originada por uma conjunção de fatores intrínsecos e extrínsecos. ⁽¹⁹⁾



Principais fatores de risco

Existem fatores internos e externos que corroboram para que os pacientes estejam em risco de desenvolvimento de lesões por pressão. São eles:

EXTERNOS

Pressão contínua e/ou pressão relacionada com o dispositivo- quando em área de lesão ou proeminência óssea ocorre pressão excessiva ou contínua podendo ser resultado uso de dispositivos criados e aplicados para

fins diagnósticos e terapêuticos, com isso a irrigação sanguínea torna-se prejudicada, dificultando a irrigação neste local.

Fricção- ocorre quando duas superfícies são friccionadas uma contra a outra, comumente “arrastar o paciente”, podendo ser mais grave quando associada com umidade e cisalhamento.

Cisalhamento- é causado pela combinação entre gravidade e fricção. A gravidade empurra o corpo para baixo encontrando a resistência que gera fricção entre o paciente e a superfície de suporte. Quando a cabeceira da cama é elevada, a pele se adere ao leito, mas o esqueleto empurra o corpo para baixo. Com isso, os vasos sanguíneos são distendidos ou acotovelados dificultando ou interrompendo o fluxo sanguíneo.

Umidade- normalmente relacionada à incontinência, a umidade excessiva pode favorecer o rompimento da epiderme ao diminuir sua resistência para forças externas.

INTERNOS

Imobilidade ou mobilidade reduzida- paciente com capacidade diminuída ou ausente de mudar-se de posição sozinho, daí a importância da pressão local ser aliviada pela mudança de decúbito.

Estado nutricional (incluindo desidratação)- a alteração da nutrição prejudica o organismo ao realizar o processo reconstrutivo, além da diminuição da resistência a infecções devido ao efeito no sistema imunológico, tendo comprometimento direto no processo cicatricial (síntese de colágeno e integridade epitelial). A hipoalbuminemia altera a pressão oncótica e causa a formação de edema, com isso a difusão de oxigênio no tecido edemaciado fica comprometida, assim como a anemia também afeta o transporte de oxigênio.

Deficiência sensorial- o paciente com déficit sensitivo pode não ser capaz de identificar ou replicar desconforto se houver pressão demasiada.

Múltiplas co-morbidades- quando há coexistência de outras morbidades que atreladas agravam as condições fisiopatológicas do paciente, especialmente as que retardam ou impedem a evolução do processo de cicatrização como hepatopatias, nefropatias, problemas vasculares e neoplasias.

Drogas sistêmicas- o uso de algumas drogas podem alterar e prejudicar o processo cicatricial como corticóides, agentes citotóxicos, penicilina, entre outras.

ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO DA LESÃO POR PRESSÃO: IDENTIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DE RISCO

A seguir, são denominados os cinco fatores impactantes para identificação de um paciente que possivelmente tenha risco de desenvolvimento de uma lesão por pressão:



Identificação e avaliação estruturada do risco

Os seis pilares da prevenção da lesão por pressão:

■ Avaliação inicial

Na admissão de todos os pacientes deve ser realizado o exame físico e junto dele uma avaliação de lesão por pressão, que deve levar em consideração as fragilidades, vulnerabilidades e fatores de risco para o desenvolvimento de alterações na pele.

É importante que se cumpra as duas etapas de avaliação que são “avaliação da pele do paciente” com intuito de detectar lesão por pressão pré-existente à admissão e simultaneamente a “avaliação do risco de desenvolvimento da lesão”, por meio de um instrumento validado. A *Escala de Braden Q* (detalhada mais adiante), única escala validada no Brasil para a população pediátrica, é um instrumento preditivo validado com alta especificidade e confiabilidade, amplamente utilizado, e já se mostrou

bastante eficiente e essencial na avaliação e identificação de risco de lesões por pressão na população pediátrica, portanto servirá como padrão e referência neste manual. Estas duas condutas fundamentam a avaliação inicial da lesão por pressão.

■ Reavaliação

Sabendo que é fundamental para a prevenção da lesão por pressão, as reavaliações devem ser efetuadas diariamente ou sempre que houver alterações significativas nas condições de saúde do paciente, tendo como exemplo alterações da mobilidade, incontinência ou estado nutricional que podem determinar mudanças no risco. A reavaliação diária permite aos profissionais de saúde ajustar sua estratégia de prevenção conforme as necessidades individuais do paciente.

↪ Avaliação e Reavaliação

ESCALA DE BRADEN Q (Anexo 1)

Em 2004, a partir da Escala de Braden adulto, a versão pediátrica foi adaptada por Curley e Quigley na língua inglesa, denominada Escala de Braden Q (EB-Q)⁽²⁰⁾, e em 2007, foi validada e adaptada no Brasil por Maia et al.⁽²¹⁾

A EB-Q é dividida em sete sub-escalas: mobilidade, atividade, percepção sensorial, umidade, fricção e cisalhamento, nutrição, 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 da seguinte forma: 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 UP.⁽²¹⁾

Variáveis	Escore			
	1	2	3	4
Mobilidade	Completamente Imóvel	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação
Atividade	Acamado	Restrito a cadeira	Deambulação ocasional	Crianças jovens demais para deambular
Percepção sensorial	Completamente limitada	Muito limitada	Levemente limitada	Nenhuma alteração
Umidade	Constantemente úmida	Frequentemente úmida	Ocasionalmente úmida	Raramente úmida
Fricção e cisalhamento	Problema importante	Problema	Problema potencial	Nenhum problema aparente
Nutrição	Muito pobre	Inadequada	Adequada	Excelente
Perfusão tecidual e oxigenação	Extremamente comprometida	Comprometida	Adequada	Excelente

■ Inspeção da pele

Em todas as reavaliações de risco, incluir uma avaliação completa da pele para verificar eventuais alterações em pele intacta, com atenção especial as áreas conhecidamente de maior risco. É importante assegurar para os profissionais que a inspeção da pele deve ser feita em intervalos pré-definidos, cuja periodicidade é proporcional ao risco identificado, podendo acontecer várias vezes por dia e a observação sendo feita a qualquer momento de proximidade, como ao realizar um cuidado.

Deve-se destacar a importância da anotação/documentação de todas as avaliações de risco e da pele, podendo ser adaptado pelo enfermeiro um instrumento exclusivo para este fim.

■ Controle da umidade

A umidade fragiliza a pele, facilitando seu rompimento e com isso o desenvolvimento de lesões por pressão. Ao identificar a umidade, eliminar o agente causador e realizar a higiene cuidadosamente com um agente de limpeza que não irrite a pele. Além disso, é importante manter as roupas de cama sempre limpas e secas, a troca de fralda e higiene íntima após cada eliminação para evitar o contato constante com urina e fezes, e incentivar o uso de aparador (comadre ou papagaio) quando possível.

■ Nutrição e hidratação

Fatores nutricionais e hidratação devem ser inclusos na análise de risco de desenvolvimento de lesão por pressão. A desnutrição e desidratação podem acarretar ao paciente perda de peso e massa muscular, dificultando a deambulação e tornando os ossos do corpo mais salientes o que propicia a lesão por pressão. É importante garantir um plano nutricional com a quantidade necessária de calorias, proteínas, vitaminas, minerais e hidratação para um estado nutricional adequado.

A redução do fluxo sanguíneo para a pele e o edema geralmente acompanham os déficits nutricionais e desequilíbrio hídrico, resultando em

isquemia e facilitando lesões do tecido. O profissional cuidador deve sempre documentar a aceitação nutricional e hidrica, notificando a nutricionista ou médico se houver anormalidade.

■ Aliviar a pressão

A principal preocupação quando se trata de risco de desenvolvimento de lesão por pressão é manter a circulação tecidual colocando em prática a redistribuição da pressão, especialmente sobre proeminências ósseas. Para isso, o profissional pode fazer uso da mudança de decúbito a cada 2 horas e de dispositivos de alívio para aumentar a superfície de apoio na região onde está sendo exercida a pressão, tais como: colchões especiais (piramidal, pneumático, dinâmico e de água), coxins, almofadas de gel entre outros.

Se não disponível os dispositivos citados acima, outros tipos de materiais facilmente improvisáveis podem ser utilizados para auxiliar na redução da pressão, como travesseiros e cobertores.

INTERVENÇÕES PREVENTIVAS

- ↳ Realizar primeira avaliação estruturada do risco com a maior brevidade possível após admissão do paciente, identificando os indivíduos em maior risco de desenvolver lesões por pressão. Selecionar um instrumento de avaliação de risco que seja adequado à população, válido e confiável. (Escala de Braden Q)
- ↳ Executar reavaliação frequente (24-48 horas), ou em caso de alterações significativas na condição de saúde do doente.
- ↳ Incluir uma avaliação completa da pele em todas as avaliações de risco para verificar eventuais alterações em pele íntegra.
- ↳ Documentar todas as avaliações do risco.

- ↳ Desenvolver e implementar um plano preventivo para os indivíduos identificados como em risco de desenvolver lesão por pressão.
- ↳ Para avaliar se o eritema é não branqueável, ou seja, indicativo de lesão por pressão estágio I, utilizar um dos métodos a seguir:
 - pressão com os dedos- o dedo é pressionado sobre o eritema durante três segundos e o branqueamento analisado após remoção do dedo;
 - disco ou lâmina transparente de vidro- é utilizado um disco ou lâmina transparente para pressionar de maneira uniforme a área com eritema, podendo observar o branqueamento sob o disco durante a sua aplicação;

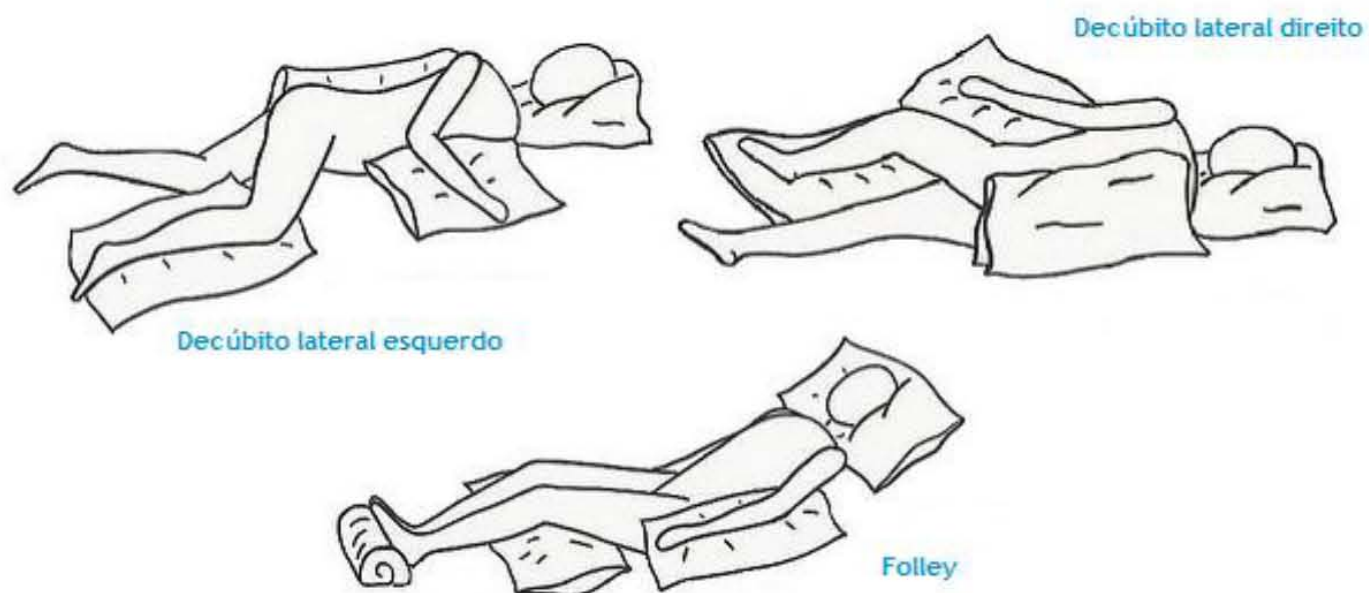
- ↪ Reduzir o risco de desenvolvimento de lesão por pressão protegendo a pele da exposição excessiva à umidade, mantendo-a sempre limpa e seca. Não esfregar e massagear vigorosamente a pele que esteja em risco de lesão por pressão.
- ↪ Sempre que possível, evitar posicionar o paciente em superfície corporal que tenha presença de eritema, especialmente em proeminências ósseas.
- ↪ Para prevenir lesões por pressão em regiões anatômicas comumente submetidas a fricção e cisalhamento, se plausível, considerar a aplicação de coberturas de espuma poliuretano em proeminências ósseas (por exemplo, calcâneos ou sacro).

- ↪ Monitorar o estado nutricional de cada indivíduo em risco de desenvolver ou com lesão por pressão.
- ↪ Desenvolver um plano individualizado de cuidados nutricionais para indivíduos em risco de desenvolver ou com lesões por pressão.
- ↪ Considerar o suporte nutricional entérico e parentérico sempre que a ingestão oral for insuficiente.
- ↪ Avaliar a função renal para garantir que os elevados níveis proteicos são adequados ao indivíduo.
- ↪ Vigiar eventuais sinais e sintomas de desidratação nos indivíduos, incluindo a alteração de peso, o turgor da pele, a quantidade de urina, os níveis séricos de sódio elevados e/ou a osmolaridade sérica calculada.

- ↳ Reposicionar todos os indivíduos que estejam em risco de desenvolver lesão por pressão (a menos que contraindicado), evitando posturas que aumentem a pressão, tais como a posição de Fowler acima de 30°, a menos que haja contraindicação relacionada à condição clínica ou aspectos digestivos.
- ↳ No momento do reposicionamento, levante o indivíduo e não arraste-o, reduzindo a fricção e o cisalhamento.
- ↳ Escolher superfícies de apoio que sejam compatíveis com o contexto da prestação de cuidados e que efetivamente alivie a pressão, como colchões especiais (piramidal, pneumático, dinâmico e de água), coxins, almofadas de gel entre outros.
- ↳ Anotar forma de reposicionamento, especificando a frequência e a posição adotada, e incluir se possível a avaliação dos resultados observados.

- ↳ Considerar crianças com dispositivos médicos como estando em risco de desenvolver lesões por pressão. Portanto, evitar posicionar o indivíduo em contato direto com dispositivos médicos, tais como equipamentos de monitoramento, tubos de ventilação, sistemas de drenagem entre outros.
- ↳ Inspeccionar a pele sob e ao redor dos dispositivos médicos, pelo menos duas vezes por dia, para identificar sinais de lesão por pressão no tecido circundante.
- ↳ Fazer revezamento ou reposicionar os dispositivos médicos sempre que possível.

- ↻ Decúbitos laterais de 30° (↓ pressão sobre o trocanter).
- ↻ Cabeceira da cama sempre inferior a 30° (↓ tração área sacrococcígea).
- ↻ Uso de almofadas ou cunhas em espuma para evitar contato direto das superfícies ósseas (joelhos).
- ↻ Uso de almofadas na região face posterior da perna para elevação dos calcanhares.
- ↻ Não está recomendado a proteção com luvas com água, almofadas tipo “donut”.
- ↻ Mobilização precoce (passiva/ativa).



Cuidados baseados em Diagnósticos de Enfermagem

NANDA/NOC/NIC

O roteiro de cuidados a seguir está baseado no diagnóstico de enfermagem que expressa o fenômeno: “**Risco de Integridade da Pele Prejudicada**”, que tem como definição, segundo a **NANDA-I** ⁽²²⁾, “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** ⁽²³⁾ “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, partir de uma intervenção de enfermagem, escolhida pelo enfermeiro.

A **intervenção de enfermagem** escolhida nesse estudo foi, segundo a **NIC** ⁽²⁴⁾, 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 Lesão por pressão 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 lesão por pressão - Escala de Braden-Q;
- ↻ 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.

TRATAMENTO DA LESÃO POR PRESSÃO

Para um tratamento adequado da lesão por pressão é importante compreender princípios fundamentais:

1. Avaliar a lesão para classificação

A avaliação da lesão é essencial para a classificação e consequentemente para uma escolha adequada dos produtos a serem utilizados em seu tratamento. Quando possível, a doença de base da lesão por pressão deve ser tratada e a pressão local deve ser aliviada ou removida por meios adequados.

É importante avaliar na lesão:

- O tempo desde seu surgimento;
 - Localização, profundidade, tamanho (medir a lesão para acompanhamento da cicatrização), tipos de tecidos presentes, cor, condição da pele perilesional, bordas da lesão, cavitações e tunelizações, odor, exsudação e sinais de colonização e infecção bacteriana;
 - Fatores que possam afetar a cicatrização;
 - Dor associada a lesão por pressão (utilizar escala validada de dor)
- ✓ Definir estágio da lesão por pressão;

**A medida da lesão deve ser feita preferencialmente pela mesma pessoa e com o paciente na mesma posição, permitindo avaliar e documentar a evolução da ferida.

2. Otimizar o cuidado direto com a lesão

Limpeza e desbridamento

A limpeza deve ser realizada a cada troca de curativo utilizando soro fisiológico (SF 0,9 %) morno em jato de baixa pressão para irrigar e limpar a ferida, com prudência para que o tecido neo-formado não seja lesionado. O soro fisiológico em temperatura adequada, em torno de 37°C, favorece o aumento do nível de oxigenação no tecido, e conseqüentemente o aumento da atividade dos neutrófilos tendo como função fagocitar bactérias. Soluções antissépticas tais como solução de Dakin, peróxido de hidrogênio, ácido acético, clorexidina, permanganato de potássio e algumas concentrações de povidona-iodo (PVPI), são tóxicos e não são indicadas para limpeza das feridas crônicas.⁽²²⁾

Além da limpeza, para cicatrização da ferida ser otimizada e o potencial para infecção diminuído, existe a técnica do desbridamento, processo que permite a remoção dos tecidos desvitalizados e aderidos. O desbridamento deve ocorrer quando houver suspeita ou confirmação da presença de biofilme e adequado ao estado de saúde do indivíduo e aos objetivos gerais do cuidado. É importante que seja elegido o método de desbridamento mais adequado para o indivíduo, leito da ferida e o contexto clínico. Para isso, os principais tipos de **desbridamento** são:

Mecânico: não seletivo, utiliza-se de força mecânica e técnicas de fricção, irrigação e remoção de tecidos utilizando gaze umedecida em soro fisiológico que é colocada no leito da ferida, deixando até que seque e depois é removida. Este método é pouco aconselhável e bastante doloroso podendo necessitar de analgesia.

Enzimático ou químico: é o método não seletivo que utiliza enzimas exógenas para quebra de tecidos necróticos, fibrinosos ou desvitalizados. Este desbridamento só é eficaz em lesões minimamente exsudativas (não em excesso), pois em lesões secas o processo enzimático não ocorre. Ex.: Colagenase e papaína

Autolítico: processo seletivo natural que preserva os tecidos viáveis, executado através da umidade da ferida que ativa as células fagocíticas e enzimas proteolíticas do próprio indivíduo, eliminando tecidos inviáveis. É promovido pelo uso de produtos que garantam a umidade adequada na ferida como o hidrogel e o hidrocolóide. Este processo é lento e não pode ser utilizado em feridas infectadas e colonizadas.

Osmótico: obtido a partir do uso de produtos com mecanismo de ação osmolar, que equilibram a quantidade de umidade em feridas mais exsudativas. Ex.: Alginato

Cirúrgico cortante: técnica mais eficaz, mas não seletiva para remoção de tecido aderente não viável, requer uso de instrumentais cirúrgicos.

Conservador- se limita a fáscia; não há necessidade de anestesia, pode ser feito pelo enfermeiro.

Cirúrgico- não se limita a fáscia; há necessidade de anestesia e de ser executado em bloco operatório, realizado apenas por médico cirurgião.

- ✦ Utilizar métodos de desbridamento mecânicos, autolíticos, enzimáticos quando não existir uma necessidade clínica urgente de drenagem ou remoção de tecido desvitalizado;
- ✦ Realizar o desbridamento cirúrgico/cortante em casos de necrose extensa, celulite avançada, crepitação, flutuação e/ou sépsis resultante de uma infecção relacionada com a lesão por pressão;
- ✦ Utilizar instrumentos esterilizados para realizar os desbridamento cirúrgico/cortante;
- ✦ Realizar avaliação vascular completa antes do desbridamento cirúrgico das lesões por pressão das extremidades inferiores para determinar se o estado/suprimento arterial é suficiente para suportar o processo de cicatrização da ferida desbridada; Também checar utilização de anticoagulantes que contraindiquem a abordagem cirúrgica mesmo que superficial.
- ✦ Realizar um desbridamento de manutenção sobre a lesão por pressão até o leito da ferida estar livre de tecido desvitalizado e coberto com tecido de granulação;

Cobertura

As lesões por pressão requerem curativos que proporcionem conforto ao paciente e que mantenham sua integridade fisiológica. Uma cobertura ideal deve proteger a ferida, ser de fácil aplicação e remoção, ser bio-compatível, não exigir trocas frequentes, ter uma boa relação custo-benefício e fornecer meio úmido ideal.

A condição do leito da lesão e a função desejada do curativo determinam o tipo de cobertura que será usada.

- ↻ Utilize do julgamento clínico para eleger o tipo de curativo mais apropriado para manter a ferida úmida.
- ↻ Prefira um curativo que resguarde a pele ao redor da ferida e a conserve seca enquanto o leito da lesão por pressão é mantido úmido.
- ↻ Opte por um curativo que controle o exsudato, mas que não resseque o leito da úlcera, pois o exsudato demasiado pode retardar a cicatrização da ferida e macerar o tecido ao redor. Quando o leito estiver seco, utilize curativos que acrescentem umidade, como por exemplo hidrogéis e hidrocoloides.
- ↻ Para otimização do tempo e da equipe, sabe-se que coberturas de filmes transparentes e curativos hidrocoloides requerem menos tempo do cuidador, do que os curativos com gaze que são continuamente umedecidos com solução fisiológica.
- ↻ Elimine as cavidades mortas da lesão completando todos os espaços com material de curativo adequado para inibir a formação de abscessos.
- ↻ Sempre manter o curativo intacto, quanto mais próximos ao ânus, mais difíceis de mantê-los ilesos. Se necessário para reduzir este problema, coloque fitas colantes nas margens do curativo.

Coberturas mais utilizadas:

SUBSTÂNCIA	AÇÃO	INDICAÇÃO	TROCA
AGE (óleo vegetal)	Regeneração dos tecidos acelerando o processo de cicatrização	Lesões abertas com ou sem infecção. Prevenção de lesão por pressão	A cada 24 horas ou de acordo com a saturação
Alginato de Cálcio com Prata	Alta efetividade antimicrobiana, Previne contaminações externas.	Lesões por pressão estágio I ao IV; Contra indicado em necroses secas.	A cada 3-7 dias ou quando estiver saturado (superfície da espuma escurece quando saturada)
Carvão ativado com prata	Ação Bactericida Adsorve exsudato. Neutraliza odor	Lesões colonizadas/infectadas e exsudativas.	A cada 3-7 dias ou quando estiver saturado. Necessita de cobertura secundária
Colagenase Fibrinolisa	Desbridamento enzimático e não seletivo	Feridas com tecido desvitalizado. Desvantagem: Necessita PH específico e temperatura ideal.	A cada 24 horas ou de acordo com a saturação
Hidrocoloide	Impermeável à água, bactérias e vírus. Isola o leito da ferida do meio externo evitando ressecamento e perda de calor. Mantém o ambiente úmido.	Lesão por pressão estágio I e II Prevenção de lesão	A cada 7 dias ou quando houver presença de fluido na ferida
Hidrogel	Proporciona ambiente úmido Evita ressecamento Desbridamento autolítico em áreas desvitalizadas e de necrose	Lesões desvitalizadas com pouco exsudato	A cada 2 a 3 dias
Hidrofibra	Com prata	Ação bactericida e alto poder de absorção de exsudato	Feridas colonizadas e exsudativas Conforme saturação, em média 3 a 5 dias
	Sem prata	Alto poder de absorção de exsudato	Feridas exsudativas
Papaína 2 a 10%	Ação bactericida e desbridamento químico. Ação anti-inflamatória. Diminui edema local	Lesão por pressão estágio III e IV desvitalizadas	1 ou 2 vezes ao dia ou de acordo com a saturação da cobertura secundária (apenas em formulações manipuladas)
Filme Transparente	Atua como barreira contra líquidos e bactérias	Usado para prevenção de lesão por pressão nos lugares de maior vulnerabilidade	A cada 3-7 dias ou de acordo com a necessidade.

3. Métodos de Supervisão da Cicatrização

Com foco na cicatrização da lesão por pressão, as estratégias de tratamento devem ser continuamente reavaliadas e alteradas quando necessário, com base no estado atual da lesão. Avaliações frequentes proporcionam ao profissional detecção antecipada de possíveis complicações e possibilitam avaliar a necessidade de mudanças no plano de tratamento para otimização do processo cicatricial.

Lesões colonizadas por bactérias prejudicam a eficácia da cicatrização, e quando surgirem sinais sistêmicos, como febre e bacteremia é um indicativo de infecção e há a necessidade de uma terapêutica antimicrobiana sistêmica apropriada, mas na maior parte dos casos, limpeza adequada, desbridamento e curativos adequados irão evitar que a colonização bacteriana chegue até uma infecção local ou sistêmica.

Deve-se destacar a importância do juízo clínico para avaliar os sinais de avanço na cicatrização, como a redução da exsudação, diminuição do tamanho da ferida e o progresso do tecido de granulação no leito da ferida.

Sinais de infecção local da ferida:

- ✘ Aumento da exsudação ou exsudato purulento;
- ✘ Odor fétido;
- ✘ Granulação ausente ou anormal do tecido
- ✘ Evolução da dor;
- ✘ Manifestações sistêmicas: febre, taquicardia, hipotensão, leucocitose;
- ✘ Sinais de celulite, miosite, linfangites, formação de abscessos, osteomielites;
- ✓ Manejo: desbridamento ou drenagem do tecido infectado;
Antibióticos sistêmicos.

Sinais de colonização bacteriana crítica da ferida:

- ✘ Úlceras que não respondem ao tratamento convencional;
Aumento da dor e da área ulcerada; Aumento da exsudação e odor; Tecido de granulação: violáceo ou esverdeado, friável.
- ✓ Manejo local: desbridamento cirúrgico ou químico;
- ✓ Curativos: carvão ativado com prata, alginato;
- ✓ Antibióticos sistêmicos não são necessários;



4. Manejo da dor

Lesões por pressão são dolorosas e indivíduos com esse tipo de lesão vivenciam uma dor que pode ocorrer tanto durante procedimentos quanto em repouso, podendo ser quantificada e diferenciada de outros tipos de dor.

Para avaliação da dor existem instrumentos validados, sugere-se a utilização da escala FLACC ²³ (Anexo 2) para crianças com faixa etária entre 2 meses a 7 anos de idade e a escala CRIES ²⁴ (Anexo 3) em recém nascidos até 6 meses. Porém, as escalas de avaliação da dor podem não prover subsídios suficientes para direcionar intervenções, por isso, é fundamental aliar à sinais verbais e não verbais do paciente, como a linguagem corporal que costuma ser um indicativo de dor nesse tipo de lesão.

- ↪ Para evitar a dor relacionada a lesão, sempre que possível, posicionar o paciente evitando contato com a lesão por pressão.
- ↪ Conduitas como manter o leito da ferida protegido e úmido, utilizar cobertura não-aderente e que não necessite troca frequente, irão reduzir a dor relacionada à lesão.
- ↪ Adotar a Escala Analgésica da Organização Mundial de Saúde (Anexo 4) para a terapêutica da dor com administração regular da medicação e dose adequada.
- ↪ Informar os indivíduos, respectivos cuidadores e os prestadores de cuidados de saúde sobre as causas, a avaliação e o tratamento da dor relacionada com lesões por pressão.

O controle da dor depende do êxito da avaliação e reavaliação do paciente, sendo dever da equipe e direito da criança mencionado, entre outros, na Carta da Criança Hospitalizada.²⁵

Bibliografia

- 1- Rogenski NMB, Kurcgant P. The incidence of pressure ulcers after the implementation of a prevention protocol. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2012;20(2):333-9.
- 2- Pereira SM, Soares HM. Úlceras por pressão: percepção dos familiares acerca do impacto emocional e custos intangíveis. 2012;3(7):139-48.
- 3- Schindler CA, Mikhailov TA, Fischer K, Lukasiewicz G, Kuhn EM, Duncan L. Skin integrity in critically ill and injured children. *Am J Crit Care*. 2007;16(6):568-574.
- 4- NPUAP - National Pressure Ulcer Advisory Panel and European Pressure Ulcer Advisory Panel. *Prevention and treatment of pressure ulcers*. Washington; 2016.
- 5- Baldwin KM. Incidence and prevalence of pressure ulcers in children. *Adv Skin Wound Care*. 2002;15(3):121-4.
- 6- McLane KM, Bookout K, McCord S, McCain J, Jefferson LS. The 2003 national pediatric pressure ulcer and skin breakdown prevalence survey: a multisite study. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2004;31(4):168-78.
- 7- Groeneveld A, Anderson M, Allen S, Bressmer S, Golberg M, Magee B, Milner M, Young S. The prevalence of pressure ulcers in a tertiary care pediatric and adult hospital. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2004;31(3):108-20.
- 8- Schlüer AB, Cignacco E, Muller M, Halfens RJ. The prevalence of pressure ulcers in four paediatric institutions. *J Clin Nurs*. 2009;18(23):3244-52.
- 9- Kottner J, Wilborn D, Dassen T. Frequency of pressure ulcers in the paediatric population: a literature review and new empirical data. *Int J Nurs Stud*. 2010;47(10):1330-40.
- 10-Schlüer AB, Halfens RJ, Schols JM. Pediatric pressure ulcer prevalence: a multicenter, cross-sectional, point prevalence study in Switzerland. *Ostomy Wound Manage*. 2012;58(7):18-31.
- 11-Zollo MB, Gostisha ML, Berens RJ, Schmidt JE, Weigle CG. Altered skin integrity in children admitted to a pediatric intensive care unit. *J Nurs Care Qual*. 1996;11(2):62-7.
- 12-Curley MA, Quigley SM, Lin M. Pressure ulcers in pediatric intensive care: incidence and associated factors. *Pediatr Crit Care Med*. 2003;4(3):284-90. KOTTNER, WILBORN, DASSEN, 2010;

- 13-Chiari P, Poli M, Magli C, Bascelli E, Rocchi R, et al. Multicentre, prospective cohort study, to validate the Italian version of the Braden Q scale for the risk of the pressure sores in newborns and up to 8 years old children. *Assist Inferm Ric.* 2012;31(2):83-90.
- 14-Garcia-Molina P, Balaguer-Lopez E, Torra I, Alvarez-Ordiales A, Quesada-Ramos C, Verdu-Soriano J. A prospective, longitudinal study to assess use of continuous and reactive low-pressure mattresses to reduce PU incidence in a UTIP. *Ostomy Wound Manage.* 2012;58(7):32-9.
- 15-Crozeta K, Stocco JGD, Danski MTR, Meier MJ. Úlceras por pressão em neonatos e crianças: perfil epidemiológico e clínico. *RemE - Rev Min Enferm.* 2010;14(2):233-8.
- 16- Carvalho GBC, Silva FA, Castro ME, Florêncio SF. Epidemiologia e riscos associados à úlcera por pressão na criança. *Cogitare Enferm.* 2011;16(4):640-6.
- 17-Redelings MD1, Lee NE, Sorvillo F. Pressure ulcers: more lethal than we thought?. *Adv Skin Wound Care.* 2005 Sep;18(7):367-72.
- 18-Reddy M1, Gill SS, Rochon PA. Preventing pressure ulcers: a systematic review. *JAMA.* 2006 Aug 23;296(8):974-84.
- 19-Gomes FSL, Bastos MAR, Matozinhos FP, Temponi HR, Velásquez-Meléndez G. Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. *Rev Esc Enferm USP.* 2011. 45(2): 313-18.
- 20-Curley MA, Quigley SM, Lin M. Pressure ulcers in pediatric intensive care: incidence and associated factors. *Pediatr Crit Care Med.* 2003;4:284-90.
- 21-Maia ACAR, Pellegrino DMS, Blanes L, Dini GM, Ferreira LM. Tradução para a língua portuguesa e validação da escala de Braden Q para avaliar o risco de úlcera por pressão em crianças. *Rev Paul Pediatr.* 2011; 29(3):406-14.
- 22-North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. NANDA Internacional. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 495.
- 23-Moorhead S, Johnson M, Maas ML. Classificação dos resultados de enfermagem: NOC. 5a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010. p. 557.
- 24-Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. Classificação das intervenções de enfermagem: NIC. 5a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010. p. 584.
- 25-Borges, E L. Limpeza e desbridamento. In *Feridas como tratar*. Broges, E L, Saar, S R C, Magalhães, M B B, Gomes, F S L, Lima, V L A N.eds. Belo Horizonte: Editora Coopmed Ltda, 2008, 113-131

- 26-Batalha LMC, Reis GMR, Costa LPS, Carvalho MDR, Miguens APM. Adaptação cultural e validação da reprodutibilidade da versão Portuguesa da escala de dor Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) em crianças. Referência 2009:10:7-14
- 27-Krechel SM, Bildner J – CRIES: a new neonatal postoperative pain measurement score. Initial testing of validity and reliability. Paediatr Anaesth, 1995;5:53-61.
- 28-Carta da criança hospitalizada. Humanização dos serviços de atendimento à criança. Instituto de Apoio à Criança. Lisboa:IAC, 1998.-9p.:il;22p. ISBN 972-8003-14-5

ANEXO 1 - EB-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</p>	<p>1. Problema importante:</p> <p>A espasticidade, a contratura, o prurido ou a</p>	<p>2. Problema:</p> <p>Necessita de ajuda moderada a máxima para se mover. É impossível se levantar</p>	<p>3. Problema Potencial:</p> <p>Movimenta-se com dificuldade ou necessita de mínima</p>	<p>4. Nenhum problema aparente:</p> <p>Capaz de levantar-se completamente durante uma</p>	

suporte. Cisalhamento: a pele e a superfície óssea adjacente deslizam uma sobre a outra.	agitação levam a criança debater-se no leito e há fricção quase constante.	completamente sem deslizar sobre os lençóis do leito ou cadeira, necessitando de reposicionamento frequente com o máximo de assistência.	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.	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.	
NUTRIÇÃO Padrão habitual de consumo alimentar.	1. Muito pobre: Em jejum e/ou mantido com ingesta 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.	2. Inadequada: 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	3. Adequada: 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.	5. Excelente: 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.	
PERFUSÃO TECIDUAL E OXIGENAÇÃO	1. Extremamente comprometida: Hipotenso (PAM <50 mmHg; <40 mmHg em recém-nascido) ou o paciente não tolera as mudanças de posição.	2. Comprometida: 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.	3. Adequada: 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.	4. Excelente: Normotenso. Apresenta saturação de oxigênio >95%, a hemoglobina normal e o tempo de enchimento capilar <2 segundos.	

ANEXO 2 - FLACC

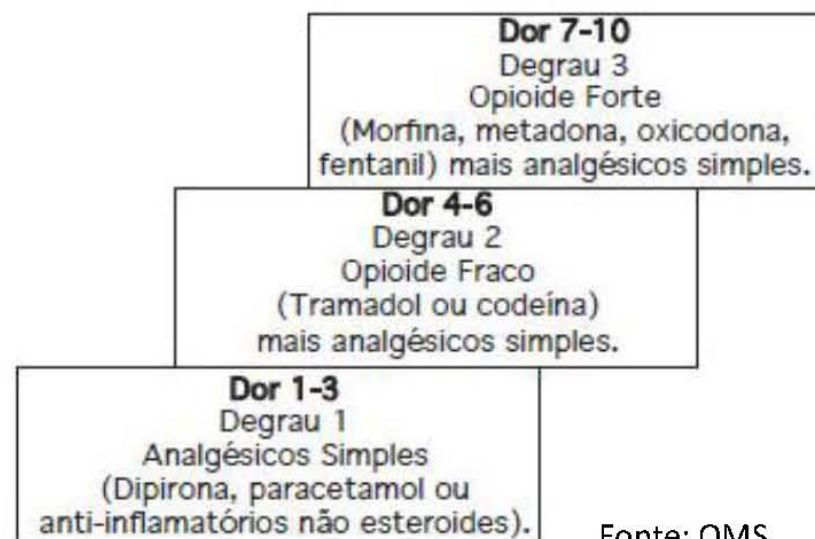
Categorias	Pontuação		
	0	1	2
Face	Nenhuma expressão especial ou sorriso	Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão, desinteresse	Tremor freqüente do queixo, mandíbulas cerradas
Pernas	Normais ou relaxadas	Inquietas, agitadas, tensas	Chutando ou esticadas
Atividade	Quieta, na posição normal, movendo-se facilmente	Contorcendo-se, movendo-se para frente e para trás, tensa	Curvada, rígida ou com movimentos bruscos
Choro	Sem choro (acordada ou dormindo)	Gemidos ou choramingos; queixa ocasional	Choro continuado, grito ou soluço; queixa com freqüência
Consolabilidade	Satisfeita, relaxada	Tranqüilizada por toques, abraços ou conversas ocasionais; pode ser distraída	Difícil de consolar ou confortar

ANEXO 3 - CRIES

Avaliar	0 ponto	1 ponto	2 pontos
Choro	Ausente	Alta tonalidade	Inconsolável
SpO ₂ > 95%	0,21	0,21 a 0,30	> 0,30
FC e/ou PA (comparar com o pré-operatório)	Sem aumento	Aumento de até 20%	≥ 20%
Expressão facial	Relaxada	Careta esporádica	Contraída
Sono	Normal	Intervalos curtos	Ausente

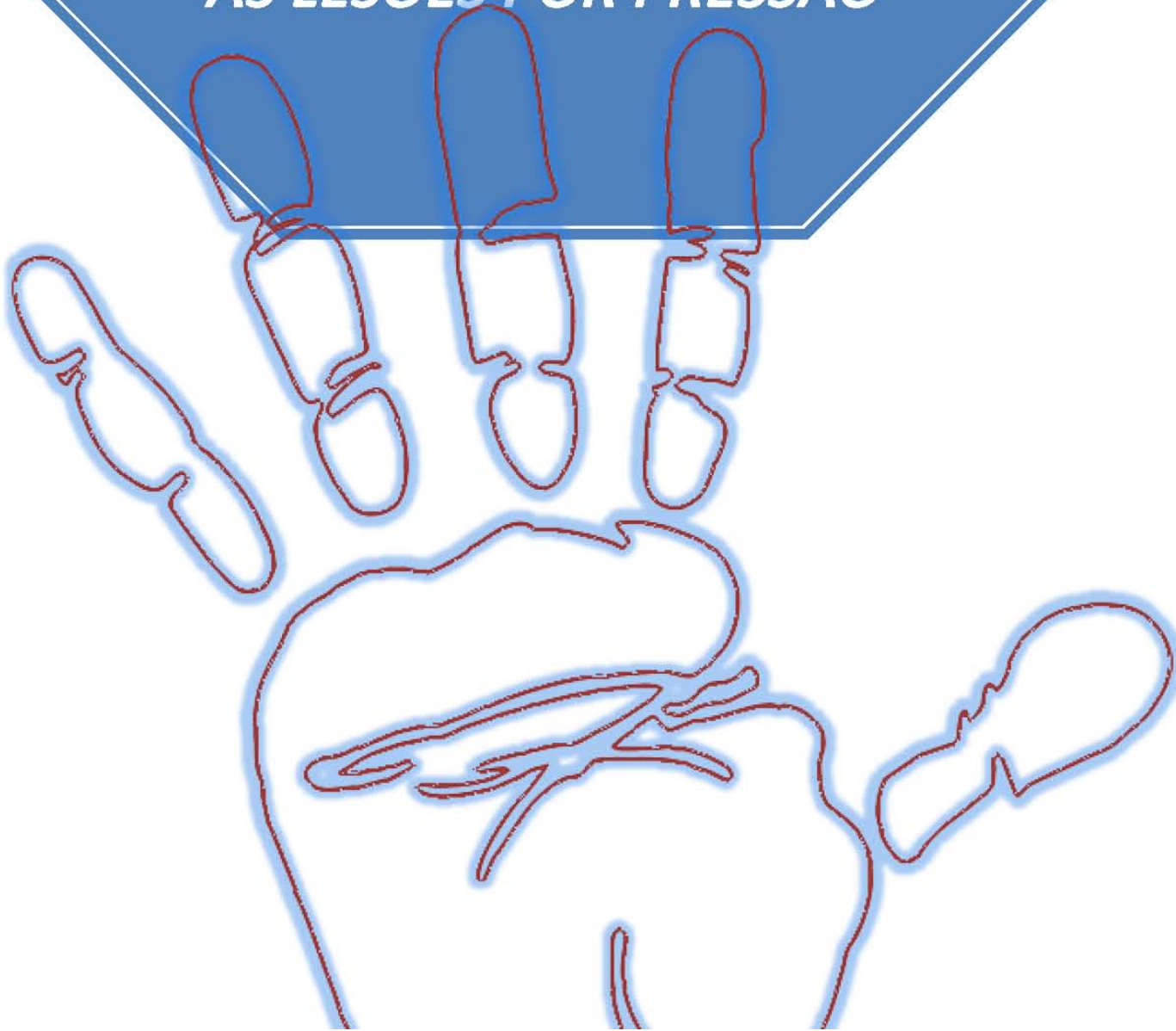
Se a pontuação for igual ou maior que 5 deve ser administrada medicação para alívio da dor. A escala deve ser aplicada a cada duas horas nas primeiras 24 horas após o procedimento doloroso e depois a cada quatro horas por pelo menos 48 horas.
FC – freqüência cardíaca; PA – pressão arterial.

ANEXO 4 - Escala analgésica - Organização Mundial da Saúde



21 novembro

Dia mundial de prevenção à lesão por pressão.



Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-85-65318-20-4



9 788565 318204