

		PROTOCOLO		CODIGO PRT-DOP-012
		PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO, LESÃO POR FRICÇÃO E/OU QUEIMADURA		ELABORADO EM: 27/10/2021
ÁREA: TODAS AS AREAS ASSISTENCIAIS		PÁGINA 1/26	DATA: 09/07/2024 REVISÃO: 01	

1. OBJETIVO

Direcionar os profissionais de Enfermagem para identificar os riscos assistenciais evitáveis, fortalecendo as ações preventivas e as orientações técnicas no manejo das lesões e seus tratamentos.

2. APLICAÇÃO

Itaigara Memorial Hospital Dia

Itaigara Memorial Gastro Hepato

Itaigara Memorial Clínica da Dor

3. REFERÊNCIA

- Associação Brasileira de Estomaterapia - SOBEST; Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia - SOBENDE. Classificação das lesões por pressão - consenso NPUAP 2016 - adaptada culturalmente para o Brasil. São Paulo, 2016.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline. The International Guideline. Emily Haesler (Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA: 2019. Disponível em: <https://static1.squarespace.com/static/6479484083027f25a6246fcb/t/6553d3440e18d57a550c4e7e/1699992399539/CPG2019edition-digital-Nov2023version.pdf>

CÓPIA NÃO CONTROLADA
“PROIBIDA REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO FORA DA COMPANHIA”

		PROTOCOLO		CODIGO PRT-DOP-012
		PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO, LESÃO POR FRICÇÃO E/OU QUEIMADURA		ELABORADO EM: 27/10/2021
ÁREA: TODAS AS AREAS ASSISTENCIAIS		PÁGINA 2/26	DATA: 09/07/2024 REVISÃO: 01	

- Manual de Prevenção e Tratamento de Lesões por Fricção - Frank da Silva Torres et al. 2016 1ª edição São Paulo. Desenvolvido durante o Curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Gestão Aplicadas à Regeneração Tecidual, da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP
- Sistema de Classificação STAR – Lesão por Fricção (STRAZZIERI-PULIDO & SANTOS em 2010).
- Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão - Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz 09/07/2013ANVISA
- COFEN– Resolução COFEN nº567/2018: Regulamento da atuação da equipe de enfermagem no cuidado aos pacientes com feridas. Brasília, 2018. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/ANEXO-RESOLU%C3%87%C3%83O-567-2018.pdf>.
- POL-NQS-001 - Conjunto de Políticas Institucionais
- PRT-DOP-001 - Protocolo de Identificação Correta do Paciente
- PRT-DOP-005 - Protocolo de Prevenção a Quedas
- PRT-DOP-006 - Protocolo de Cirurgia Segura
- PRT-DOP-003 - Comunicação efetiva
- PRT-DOP-002 - Protocolo de Higienização das Mãos.
- PRT-DOP-010 - Protocolo de Exame Seguro
- PRT-UCC-001 - Posicionamento da paciente na Mesa Cirúrgica.
- ROT-UCC-042 - Transferência do Paciente da Maca para Mesa cirúrgica e da Mesa Cirúrgica para a maca.

CÓPIA NÃO CONTROLADA
“PROIBIDA REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO FORA DA COMPANHIA”

4. DEFINIÇÕES

- **Cisalhamento:** deformação que sofre um corpo quando sujeito à ação de forças cortantes.
- **Escala de Elpo:** ferramenta utilizada para identificar o risco de desenvolvimento de lesão por pressão por posicionamento cirúrgico.
- **Escala STAR (Sistema SKin Tear Audit Research)** - Especifica as características definidoras da ferida, seus cuidados e detalha aspectos importantes, inerentes às lesões por fricção.
- **Ferida:** Qualquer lesão que leve a uma quebra da continuidade da pele, suas principais causas são: trauma (mecânico, físico ou químico), isquemia, pressão e cirurgia.
- **Fricção:** é quando a pele se move contra a superfície de suporte. É quando a pele se movimenta sobre as estruturas subjacentes, de forma que uma camada de tecido é firmemente pressionada contra a outra.
- **Lesão por Fricção (LF):** é resultante de trauma, seja por fricção, contusão ou cisalhamento da pele. A tensão presente na retração, atrito ou choque entre a pele do indivíduo e a superfície do leito ou de objetos ao redor pode provocar feridas de espessura parcial ou de espessura total. As lesões por fricção são feridas que acometem extremos de idade, principalmente os idosos.
- **Lesão Por Pressão (LPP):** 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.
- **Pele:** É o maior órgão do corpo humano e constitui a primeira linha de defesa do organismo, além de participar da termorregulação, da excreção de

água e eletrólitos e das percepções táteis de pressão, dor e temperatura sendo assim constituída: epiderme, derme e tecido conjuntivo subcutâneo.

- **Queimadura:** é definida como uma lesão, geralmente restrita à pele, decorrente da aplicação de calor ao corpo que varia de gravidade dependendo do agente causador. A queimadura é toda lesão causada por agentes térmicos, químicos, elétricos ou radioativos que agem na pele, destruindo-a parcial ou totalmente e podendo atingir tecidos mais profundos, como: subcutâneo, músculo, tendão e osso.

5. RESPONSABILIDADES

ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS
Todas as atividades	Equipe de Enfermagem
Supervisão das atividades	Coordenações e supervisões

6. CLASSIFICAÇÃO DAS LESÕES POR PRESSÃO

Lesão por Pressão Estágio 1:

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



LESÃO POR PRESSÃO ESTÁGIO 2:

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



CÓPIA NÃO CONTROLADA
“PROIBIDA REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO FORA DA COMPANHIA”

LESÃO POR PRESSÃO ESTÁGIO 3:

Perda da pele em sua espessura total na qual a gordura é visível e, frequentemente, tecido de granulação e epíbolo (lesão com bordas enroladas) estão presentes. Esfacelo e /ou escara pode estar visível.



LESÃO POR PRESSÃO ESTÁGIO 4:

Perda da pele em sua espessura total e perda tissular com exposição ou palpação direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso. Esfacelo e /ou escara pode estar visível.



CÓPIA NÃO CONTROLADA
“PROIBIDA REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO FORA DA COMPANHIA”

LESÃO POR PRESSÃO TISSULAR PROFUNDA:

Descoloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece. Pele intacta ou não, com área localizada e persistente de descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura que não embranquece ou separação epidérmica que mostra lesão com leito escurecido ou bolha com exsudato sanguinolento. Dor e mudança na temperatura frequentemente precedem as alterações de coloração da pele.



LESÃO POR PRESSÃO RELACIONADA A DISPOSITIVO MÉDICO:

Essa terminologia descreve a etiologia da lesão. 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.



CÓPIA NÃO CONTROLADA
“PROIBIDA REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO FORA DA COMPANHIA”

LESÃO POR PRESSÃO EM MEMBRANAS E 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.



7. FATORES DE RISCO DAS LESÕES POR PRESSÃO

Segundo a National Pressure Injury Advisory Panel (2019) - Os fatores de risco de lesão por pressão, são classificados como: tolerância individual, como limites de carga mecânica e susceptibilidade. Sendo o “limite de carga mecânica a magnitude, a duração e o tipo de carga mecânica (cisalhamento, pressão e fricção);

Susceptibilidade e tolerância individual: são características individuais dos tecidos; morfologia de ossos e tecidos; condução e propriedades térmicas; fisiologia e recuperação”. (NPIAP, 2019, p. 38).

Segundo a Escala de ELPO (2013) – “Os fatores de risco de lesão por pressão decorrentes do posicionamento cirúrgico são: posição do paciente durante a cirurgia, tempo de cirurgia, tipo de anestesia, superfície de suporte,

CÓPIA NÃO CONTROLADA
“PROIBIDA REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO FORA DA COMPANHIA”

posição dos membros, comorbidades e idade do paciente”. (Moraes-Lopes. CM. 2013, p. 156).

8. MEDIDAS PREVENTIVAS DAS LESÕES POR PRESSÃO

A maioria dos casos de lesão por pressão podem ser evitadas por meio da identificação dos pacientes e seus riscos, além da implantação de estratégias de prevenção confiáveis para todos os pacientes identificados como pertencentes a este grupo de risco.

Dentre as medidas preventivas utilizadas no IMHD, podemos citar:

8.1 Na Unidade de Internação:

- Durante a admissão do paciente, examina-se a pele do paciente cuidadosamente para identificar alterações da integridade cutânea e/ou lesões pré-existentes para os pacientes acamados ou com dificuldades de locomoção.

8.2 No Centro Cirúrgico:

- Preenchimento, pelo enfermeiro, do Diagnóstico e Intervenção de Enfermagem no Trans operatório (anexo I).
- Aplicação, pelo enfermeiro, da Escala de Avaliação de Risco para o Desenvolvimento de Lesões decorrentes do Posicionamento Cirúrgico do Paciente – Escala de ELPO (anexo II), na admissão dos pacientes com idade igual ou superior a 18 anos.

- Posicionamento, pela equipe multiprofissional, do paciente em mesa cirúrgica, utilizando recursos como coxins e protetores em gel para cirurgias de longa duração.
- Aplicabilidade dos cuidados de posicionamento cirúrgico do paciente em concordância com “PRT-UCC-001- Protocolo de Posicionamento cirúrgico”, conforme a posição intra-operatória do paciente.

9. CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DA LESÃO POR PRESSÃO

- Após o término do procedimento realizar a avaliação completa da pele, por meio de exame físico, dos pacientes em sala de cirurgia / CRPA e Unidade de Internação.
- Avaliação criteriosa e específica para peles negras, levando em consideração a pluralidade de cores de pele associada aos níveis de melanina, pois o eritema inicial, lesão por pressão estágio 1, pode não ser facilmente identificada. Nestes casos, acionar medidas adicionais como a avaliação de mudanças na sensibilidade, temperatura ou consistência (endurecimento) da pele.

10. MEDIDAS DE TRATAMENTO DAS LESÕES POR PRESSÃO

As possíveis lesões decorrentes dos procedimentos realizados nas unidades do IMHD são Lesões por Pressão Estágio 1, visto que são realizados somente procedimentos de pequeno e médio porte.

Lesões por Pressão Estágio 2 são possíveis, principalmente em casos de pacientes que já apresentem lesões no estágio 1 sem implementação de medidas de barreira.

		PROTOCOLO		CÓDIGO PRT-DOP-012
		PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO, LESÃO POR FRICÇÃO E/OU QUEIMADURA		ELABORADO EM: 27/10/2021
ÁREA: TODAS AS ÁREAS ASSISTENCIAIS		PÁGINA 11/26	DATA: 09/07/2024 REVISÃO: 01	

Como tratamento, a literatura sugere, em lesões no estágio 1 filmes transparentes, cremes de barreira e protetores cutâneos.

11. CLASSIFICAÇÃO DA LESÃO POR FRICÇÃO – ESCALA STAR

Categoria 1a:

Retalho cutâneo pode ser realinhado à posição anatômica normal (sem tensão excessiva); coloração da pele ou do retalho não se apresenta pálida opaca ou escurecida.



Categoria 1b:

Retalho cutâneo pode ser realinhado à posição anatômica normal (sem tensão excessiva); coloração da pele ou do retalho apresenta-se pálida opaca ou escurecida.



		PROTOCOLO		CÓDIGO PRT-DOP-012
		PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO, LESÃO POR FRICÇÃO E/OU QUEIMADURA		ELABORADO EM: 27/10/2021
ÁREA: TODAS AS ÁREAS ASSISTENCIAIS		PÁGINA 12/26	DATA: 09/07/2024 REVISÃO: 01	

Categoria 2a:

Retalho cutâneo não pode ser realinhado à posição anatômica normal (sem tensão excessiva); coloração da pele ou do retalho não se apresenta pálida, opaca ou escurecida.



Categoria 2b:

Retalho cutâneo não pode ser realinhado à posição anatômica normal (sem tensão excessiva); coloração da pele ou do retalho apresenta-se pálida, opaca ou escurecida.



Categoria 3:

Retalho cutâneo está completamente ausente.



	PROTOCOLO		CÓDIGO PRT-DOP-012
	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO, LESÃO POR FRICÇÃO E/OU QUEIMADURA		ELABORADO EM: 27/10/2021
	ÁREA: TODAS AS ÁREAS ASSISTENCIAIS	PÁGINA 13/26	DATA: 09/07/2024 REVISÃO: 01

12. FATORES DE RISCO DE LESÃO POR FRICÇÃO

8.1 Intrínsecos:

- Extremos de idade (recém-nascido) e muito idoso (>75 anos);
- Pele seca / descamativa e frágil;
- Imobilidade (cadeirante/ acamado);
- Dificuldade de locomoção/desequilíbrio;
- Ingestão nutricional inadequada;
- Demência;
- História prévia de lesões por fricção;
- Alterações neuromusculares (rigidez/espasticidade/contraturas articulares).

8.2 Extrínsecos:

- Uso de medicamentos: corticoides, anticoagulante, polifarmácia, esteroides (sistêmicos ou tópicos).
- Remoção de fitas adesivas.
- Trauma mecânico, contenções
- Utilização de órteses, próteses
- Coleta de sangue.
- Transferências e quedas.
- Ato de vestir e retirar meias.
- Uso inadequado de barreiras protetoras de pele.
- Produtos destinados à limpeza da pele.
- Dependentes para as atividades de vida diária

CÓPIA NÃO CONTROLADA
“PROIBIDA REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO FORA DA COMPANHIA”

	PROTOCOLO		CÓDIGO PRT-DOP-012
	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO, LESÃO POR FRICÇÃO E/OU QUEIMADURA		ELABORADO EM: 27/10/2021
	ÁREA: TODAS AS ÁREAS ASSISTENCIAIS	PÁGINA 14/26	DATA: 09/07/2024 REVISÃO: 01

13. MEDIDAS PREVENTIVAS DAS LESÕES POR FRICÇÃO

1. Avaliar o risco de trauma acidental se o paciente apresenta pele seca e frágil.
2. Proporcionar um ambiente seguro.
3. Identificar os pacientes com risco de quedas utilizando a escala de Morse e implementar medidas preventivas.
4. Fornecer proteção contra trauma durante o atendimento.
5. Utilizar técnicas adequadas de transferências e reposicionamento, evitando a fricção e cisalhamento (utilizar lençol móvel).
6. Usar posicionamento adequado, com técnicas seguras ao manipular o paciente.
7. Utilizar técnicas de manuseio e equipamento seguro.
8. Evitar produtos adesivos na pele frágil. Fornecer proteção extra (cobertura) de pele para indivíduos com extremo de peso (bariátrico, baixo peso ou caquético). Utilizar fita de silicone e bandagem de fixação.

14. CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DAS LESÕES POR FRICÇÃO

É importante estabelecer os seguintes critérios na avaliação da Lesão por Fricção:

- Localização anatômica e duração da lesão por fricção.
- Dimensão (comprimento, largura e profundidade).
- Características do leito da ferida e potencial de viabilidade do tecido não viável.
- Aspectos e quantidade do exsudato.
- Presença de sangramento e hematoma.

CÓPIA NÃO CONTROLADA
“PROIBIDA REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO FORA DA COMPANHIA”

- Área de necrose no retalho.
- Integridade da pele ao redor.
- Sinais e sintomas de infecção.
- Presença de dor.

As lesões por fricção devem ser categorizadas (conforme Classificação STAR – Lesão por Fricção) e todas as informações devem ser registradas.

15. MEDIDAS DE TRATAMENTO DAS LESÕES POR FRICÇÃO

Os principais objetivos são preservar o retalho de pele, proteger o tecido circundante, reaproximar as margens da ferida sem alargamento da pele, e reduzir o risco de infecção com os seguintes passos:

15.1 Controle do sangramento (Hemostasia)

- Aplicar pressão sobre a lesão e elevar o membro se apropriado.

15.2 Limpar a ferida

- Utilizar a solução salina normal ou água (limpa/potável), surfactantes não iônicos para limpar a ferida e remover resíduos de hematomas ou detritos. Sugere-se uma limpeza de baixa pressão para proteger o tecido viável.
- Secar delicadamente a pele circundante para evitar lesões.

15.3 Aproximar o retalho cutâneo

- Se o retalho cutâneo for viável, facilitar o retorno da aba ao local correto utilizando uma gaze umedecida, ou dedo enluvado ou uma pinça. Tiras de silicone podem ser utilizadas como curativo.

- Se a aba apresenta dificuldade de alinhar, considere o uso de compressa de gaze úmida e aplicar por 5 -10 minutos na área até reidratar a aba, antes de reposicionar.
- Realizar avaliação da ferida e classificar.
- Documentar os achados.
- Aplicar um produto de barreira apropriado para proteção da pele ao redor da ferida (soluções líquidas ou cremes).

15.4 Aplicar curativo

- Selecionar um curativo adequado. Considerar o uso de adesivo em tiras (steri strip) para fechamento da ferida, mantendo espaço entre cada tira para facilitar a drenagem e evitar tensão sobre as margens.
- Se possível deixe o curativo no leito da ferida por vários dias para evitar a manipulação da margem.
- Caso utilize curativo opaco marque com uma seta para indicar a direção preferida da remoção e registre as informações.

15.5 Orientações para aplicações de curativos:

PRODUTO	CONSIDERAÇÕES
Colagenase	<ul style="list-style-type: none"> - Promove a não aderência e remoção com redução do trauma. - Realiza desbridamento enzimático em lesões com tecido inviável. - Pode macerar a pele ao redor da ferida (se exsudativa). - Pode permanecer no local da lesão por até 24 horas. - Necessita de cobertura secundária (ex: raiom e gaze)

		PROTOCOLO PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO, LESÃO POR FRICÇÃO E/OU QUEIMADURA	CÓDIGO PRT-DOP-012
		ÁREA: TODAS AS ÁREAS ASSISTENCIAIS	PÁGINA 17/26

16. CLASSIFICAÇÃO DAS QUEIMADURAS

Existem diversos aspectos que devem ser levados em consideração na hora de classificar uma queimadura, uma vez que colaboram na escolha do tratamento e identificam a gravidade do caso, tais como: agente causal, profundidade da queimadura, extensão da área corporal queimada, gravidade e etiologia da lesão. Neste protocolo será abordado as classificações por agente causal e por profundidade da queimadura.

16.1 Agente Causal

- **Escaldo:** causa mais frequente de queimaduras tendendo a ser mais grave nas regiões com roupas e com líquidos mais espessos;
- **Chama:** a segunda causa mais frequente e quando atinge as roupas geralmente causa queimaduras mais profundas;
- **Flash burn (explosões):** atinge temperaturas muito elevadas causando queimaduras profundas, porém as roupas não incendeiam, conferindo proteção;
- **Contato:** geralmente causadas pelo contato com metais, plásticos e carvão, apesar de profundas, tende a ser restrito a pequenas áreas;
- **Elétrica:** aquela que ocorre em razão da alta intensidade de calor e da explosão das membranas celulares quando o calor convertido é diretamente proporcional à amperagem da corrente e da resistência do local por onde passou esta corrente. Apesar da aparência da lesão da pele ser restrita, há grande destruição das estruturas abaixo da pele e proximidades devendo ser consideradas mais graves, o que demanda uma atenta monitorização cardíaca e urinária;

CÓPIA NÃO CONTROLADA
“PROIBIDA REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO FORA DA COMPANHIA”

		PROTOCOLO PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO, LESÃO POR FRICÇÃO E/OU QUEIMADURA	CÓDIGO PRT-DOP-012
		ÁREA: TODAS AS ÁREAS ASSISTENCIAIS	PÁGINA 18/26

- **Química:** causada mais frequentemente por ácidos ou álcalis em acidentes de trabalho que ocasionam uma lesão progressiva até o agente ser totalmente removido, preferencialmente por água abundante.

16.2 Profundidade da Queimadura

- **Queimadura de 1º Grau:** apresenta eritema associado a dor. O grau de destruição celular limita-se às camadas superficiais da epiderme;

Principal Sinal: Eritema

Principal Sintoma: Dor

- **Queimadura de 2º Grau:** abrange queimadura parcial superficial e parcial profunda. As Queimaduras Parciais Superficiais ou Segundo Grau Superficial atingem toda a epiderme e a maioria dos elementos da derme é destruída. Apresenta edema intersticial com extravasamento de líquido e resulta na formação de bolhas sobre a pele avermelhada, com dor que varia de moderada para forte intensidade e umidade. As Queimaduras Parciais Profundas ou Segundo Grau Profundo atingem toda a epiderme e a maioria dos elementos da derme é destruída. Existe tecido necrosado, geralmente não há bolhas e a dor é de menor intensidade;

Superficial

Principal Sinal: Eritema/Bolha

Principal Sintoma: Dor//Choque

Profundo

Principal Sinal: Branca Nacarada

Principal Sintoma: Choque

CÓPIA NÃO CONTROLADA
“PROIBIDA REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO FORA DA COMPANHIA”



PROTOCOLO		CÓDIGO PRT-DOP-012
PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO, LESÃO POR FRICÇÃO E/OU QUEIMADURA		
ÁREA: TODAS AS ÁREAS ASSISTENCIAIS	PÁGINA 19/26	ELABORADO EM: 27/10/2021 DATA: 09/07/2024 REVISÃO: 01

- **Queimadura de 3º Grau:** todas as camadas da pele, incluindo músculos e vasos sanguíneos, são atingidas. A pele fica esbranquiçada, com coloração avermelhada viva, acastanhada ou carbonizada, ocorrendo uma ausência de dor devido à destruição dos nervos.

Principal Sinal: Carbonização

Principal Sintoma: Choque Grave

17. MEDIDAS DE TRATAMENTO PARA QUEIMADURAS

O tratamento de emergência inicia-se com a avaliação e estabilização das vias respiratórias, respiração e circulação da pessoa queimada. Nos casos em que haja suspeita de lesões que impeçam a respiração, pode ser necessária intubação endotraqueal. Em seguida inicia-se o tratamento da própria queimadura. O arrefecimento imediato, até 30 minutos após a queimadura, reduz a profundidade e dor da lesão. No entanto, devem ser observados alguns cuidados, já que o sobrearrefecimento pode provocar hipotermia. O arrefecimento deve ser realizado com água fresca, entre 10 e 25 °C, e não com água gelada, a qual pode agravar ainda mais as lesões. As queimaduras químicas podem necessitar de irrigação prolongada. Entre os cuidados essenciais no tratamento das lesões estão a limpeza com sabonete e água, a remoção de tecido morto e a aplicação de compressas. Ainda não é claro o procedimento a ter com bolhas intactas, embora algumas evidências apoiem que seja preferível deixá-las intactas.

Uma vez que as lesões de queimaduras são suscetíveis a inflamações, no caso do indivíduo não ter sido vacinado contra o tétano nos últimos cinco anos pode ser necessário administrar uma vacina de reforço. No caso de queimaduras extensas é importante a administração de soro.

CÓPIA NÃO CONTROLADA
“PROIBIDA REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO FORA DA COMPANHIA”



PROTOCOLO		CÓDIGO PRT-DOP-012
PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO, LESÃO POR FRICÇÃO E/OU QUEIMADURA		
ÁREA: TODAS AS ÁREAS ASSISTENCIAIS	PÁGINA 20/26	ELABORADO EM: 27/10/2021 DATA: 09/07/2024 REVISÃO: 01

Para o tratamento de queimaduras em primeiro e segundo grau, existem poucas evidências de qualidade que permitam determinar qual o melhor tipo de curativo, no entanto, os mais evidenciados em tal processo são os curativos com prata, pois além de auxiliar na reepitelização promovem ação antimicrobiana importante no tratamento das queimaduras. Para queimaduras de segundo e terceiro grau pode ser utilizado o creme tópico de sulfadiazina de prata, que irá atuar impedindo o aparecimento de bactérias e leveduras na pele danificada.

Todos auxiliam no processo cicatricial e fornecem conforto ao paciente.

Notas:

1. Os tratamentos devem ser seguidos conforme prescrição médica / ou do fisioterapeuta.
2. Os registros de evolução e anotação da Queimadura devem ser feitos na “Anotação de Enfermagem” (anexos III, IV, V e VI).
3. Toda vez que ocorrer uma lesão por pressão, lesão por fricção e/ou queimadura durante a assistência deverá ser feito um contato com o paciente posterior a alta para verificar evolução até desfecho total do quadro. Utilizar o formulário “Evolução / Anotação pós alta” (anexo VII) para registro do(s) contato(s).

18. INDICADORES DE DESEMPENHO

Índice de lesão por pressão adquirida em pacientes com 18 anos ou mais

CÓPIA NÃO CONTROLADA
“PROIBIDA REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO FORA DA COMPANHIA”

		PROTOCOLO		CÓDIGO PRT-DOP-012
		PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO, LESÃO POR FRICÇÃO E/OU QUEIMADURA		ELABORADO EM: 27/10/2021
ÁREA: TODAS AS ÁREAS ASSISTENCIAIS		PÁGINA 21/26	DATA: 09/07/2024 REVISÃO: 01	

19. QUADRO DE REGISTROS

Este item não se aplica.

20. ANEXOS

Anexo I- Diagnóstico e Intervenção de Enfermagem no Trans operatório

Anexo II- Escala de ELPO

Anexo III- Anotações de Enfermagem transoperatório

Anexo IV- Anotações de Enfermagem pós-operatório

Anexo V- Anotação de Enfermagem – Clínica da Dor

Anexo VI - Evolução / Anotação de Enfermagem (GH)

Anexo VII- Evolução / Anotação pós alta

		PROTOCOLO		CÓDIGO PRT-DOP-012
		PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO, LESÃO POR FRICÇÃO E/OU QUEIMADURA		ELABORADO EM: 27/10/2021
ÁREA: TODAS AS ÁREAS ASSISTENCIAIS		PÁGINA 22/26	DATA: 09/07/2024 REVISÃO: 01	

21. ELABORAÇÃO / REVISÃO/ APROVAÇÃO

Elaborado por	Revisado por	Aprovado por
Diana Rebouças Coordenadora de Enfermagem (CC)	Aline Carvalho Farmacêutica	Tania Chagas Diretora de Assistência
Mª de Fátima Ribeiro Ex-Coordenadora de Internação	Diana Rebouças Coord. e Enfermagem (CC)	
	Fernanda Alves Supervisora de Enfermagem (Clín. Dor)	
	Dr. Hugo Dantas Diretor Médico	
	Licia Ligia Enfermeira SECIH	
	Mirian Barreto Coord. de Enfermagem (GH)	
	Paloma Brandão Coord. de Enfermagem (UI)	
Data: 27/10/2021	Data: 04/06/2024	Data: 09/07/2024
Vigência: 03 anos a partir da data de aprovação		Vigência: 09/07/2027

Anexo I- Diagnóstico e Intervenção de Enfermagem no Transoperatório

DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NO TRANS-OPERATÓRIO	
DEVIO DE SAÚDE - DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM
Risco de Integridade da Pele Prejudicada	Intervenção de Enfermagem
<input type="checkbox"/> Uso do bisturi elétrico	- Posicionar a placa de bisturi em local mais próximo ao lado cirúrgico, livre de pilos, tatuagens e proeminências ósseas. - Manter o paciente sobre uma superfície seca. - Proteger o paciente de superfícies metálicas da mesa cirúrgica. - Supervisionar a fricção da placa desportiva, caso haja mudança de decúbito. - Sinalizar sobre a necessidade de interrupção de O2, quando acionado a caneta esteoscópiça, em cirurgias na face.
<input type="checkbox"/> Uso do torniquete automático	- Inspeccionar a pele no local do manguto do torniquete. - Envolver a extremidade com uma faixa de algodão, sob local do manguto do torniquete, assegurando que o algodão não esteja dobrado. - Notificar o médico sobre o tempo de uso do torniquete em intervalos regulares, de acordo com a política de instituição. - Documentar o sítio do manguto, pressão, hora de inutilização, ensaio e condições da pele sob o manguto, após a retirada do mesmo.
Risco de Queda	Intervenção de Enfermagem
<input type="checkbox"/> Idade ≤ 5 ou ≥ 65 <input type="checkbox"/> Deficit motor <input type="checkbox"/> Distúrbio neurológico <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Uso de drogas anestésicas	- Identificar os comportamentos e fatores que afetam o risco de queda, conforme avaliação de enfermagem. - Utilizar equipamentos e recursos auxiliares para imobilização do paciente na mesa cirúrgica. - Trazer a roda de manuseio da mesa cirúrgica, transferindo o paciente com o número adequado de pessoas. <input type="checkbox"/> Outros:
Risco de Infecção na Sítio Cirúrgico	Intervenção de Enfermagem
<input type="checkbox"/> Comorbidades (DM, HAS, Obesidade, Tabagismo) <input type="checkbox"/> Procedimento cirúrgico extenso <input type="checkbox"/> Procedimento com implante cirúrgico <input type="checkbox"/> Indivíduo exposto a um número excessivo de profissionais em sala de cirurgia. <input type="checkbox"/> Indivíduo exposto a baixa temperatura em sala de cirurgia.	- Aplicar solução antimicrobiana no local da cirurgia, conforme as políticas da instituição. - Monitorar o campo estéril quanto a quebra da esterilidade e corrigir erros, conforme indicado. - Manter a integridade dos contêineres e equipamentos intracavitários. - Inspeccionar a pele e tecido ao redor do local da cirurgia. - Verificar a integridade da embalagem estéril. - Verificar os indicadores de esterilidade. - Abrir os suprimentos usando as técnicas adequadas.
Risco de Hipotermia	Intervenção de Enfermagem
<input type="checkbox"/> Baixa temperatura ambiental <input type="checkbox"/> Indivíduo com extremo de idade e/ou peso <input type="checkbox"/> Tempo cirúrgico prolongado ≥ 2 horas	- Identificar os fatores de risco do paciente para acamidade na temperatura corporal. - Minimizar a exposição do paciente durante o preparo cirúrgico e o procedimento, quando possível. - Ajustar a temperatura ambiente para minimizar o risco de hipotermia. - Instalar e regular dispositivo de aquecimento ativo (p. ex., manta térmica).

Risco de Aspiração	Intervenção de Enfermagem
<input type="checkbox"/> Paciente diabético <input type="checkbox"/> Paciente ≥ 65 anos <input type="checkbox"/> Paciente obeso <input type="checkbox"/> Nível de consciência diminuído <input type="checkbox"/> Descumprimento do jejum pré-operatório	- Manter aspirador disponível. - Manter cabeça do paciente lateralizada, quando possível. - Avaliar o anestesiista. - Realizar mudança de decúbito quando necessário.
Risco de Lesão Relacionado ao Posicionamento Perioperatório	Intervenção de Enfermagem
<input type="checkbox"/> Posição intra-operatória... <input type="checkbox"/> Baixo risco (escore 7 à 19) <input type="checkbox"/> Alto risco (escore 20 à 35)	- Checar a integridade da pele. - Manter o alinhamento corporal apropriado e as pernas descurvadas sempre que possível. - Considerar possibilidade de colocar uma superfície de suporte e coxim que melhorem a capacidade de redistribuir a pressão. - Proteger os olhos, quando indicado, para evitar o ressecamento ocular. - Garantir que não haja rugas nas superfícies sob o corpo do paciente. - Assegurar que as falhas de posicionamento não estejam impedindo ou reduzindo a circulação ou comprimindo nervos. - Evitar a compressão e hiperextensão de plecos musculares e nervosos. - Monitorar a posição do paciente durante a cirurgia. - Registrar a posição, os equipamentos e recursos utilizados para o posicionamento. - Aplicar os cuidados de posicionamento em concordância com o PRT-UCO-003, conforme a posição intra-operatória do paciente.

Anexo III- Anotações de Enfermagem transoperatório

	PACIENTE: PRONTUÁRIO: LOCAL: MÉDICO(A):		ATENDIMENTO: SEDO:		NASCIMENTO: DATA ATENDIMENTO: CONVÊNIO:		IDADE: ANOS e MESES
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM TRANS OPERATÓRIO							
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM							
CÓD. IPIHD-040 Versão 04							

Anexo II- Escala de ELPO

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE LESÕES DECORRENTES DO POSICIONAMENTO CIRÚRGICO DO PACIENTE - ADAPTAÇÃO DA ESCALA DE ELPO	
UNIDADE: HD () HD ()	
ESCALA DE AVALIAÇÃO DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE LESÕES DECORRENTES DO POSICIONAMENTO CIRÚRGICO DO PACIENTE - ADAPTAÇÃO DA ESCALA DE ELPO	
1. TIPO DE POSIÇÃO CIRÚRGICA	PONTOS
<input type="radio"/> Litômica (Ginecológica)	5
<input type="radio"/> Prona (Ventral)	4
<input type="radio"/> Trendelenburg	3
<input type="radio"/> Lateral	2
<input type="radio"/> Supina (Dorsal)	1
2. TEMPO DE CIRURGIA	PONTOS
<input type="radio"/> Acima de 6h	5
<input type="radio"/> Acima de 4h até 6h	4
<input type="radio"/> Acima de 2h e até 4h	3
<input type="radio"/> Acima de 1h até 2h	2
<input type="radio"/> Até 1h	1
3. TIPO DE ANESTESIA	PONTOS
<input type="radio"/> Geral-regional	5
<input type="radio"/> Geral	4
<input type="radio"/> Regional	3
<input type="radio"/> Sedação	2
<input type="radio"/> Local	1
4. SUPERFÍCIE DE SUPORTE	PONTOS
<input type="radio"/> Sem uso de superfície de suporte ou suportes rígidos sem acolchoamento ou pernas estreitas	5
<input type="radio"/> Colchão da mesa cirúrgica de espuma (convencional) + coxins feitos de campos de algodão	4
<input type="radio"/> Colchão da mesa cirúrgica de espuma (convencional) + coxins de espuma	3
<input type="radio"/> Colchão da mesa cirúrgica de espuma (convencional) + coxins de viscoelástico	2
<input type="radio"/> Colchão da mesa cirúrgica de viscoelástico + coxins de viscoelástico	1

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE LESÕES DECORRENTES DO POSICIONAMENTO CIRÚRGICO DO PACIENTE - ADAPTAÇÃO DA ESCALA DE ELPO	
ESCALA DE AVALIAÇÃO DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE LESÕES DECORRENTES DO POSICIONAMENTO CIRÚRGICO DO PACIENTE - ADAPTAÇÃO DA ESCALA DE ELPO	
5. POSIÇÃO DOS MEMBROS	PONTOS
<input type="radio"/> Elevação dos joelhos > 90° e abertura dos membros inferiores > 90° ou abertura dos membros superiores > 90°	5
<input type="radio"/> Elevação dos joelhos > 90° ou abertura dos membros inferiores > 90°	4
<input type="radio"/> Elevação dos joelhos < 90° e abertura dos membros inferiores < 90° ou posição sem alinhamento membro-esternal	3
<input type="radio"/> Abertura dos membros superior < 90°	2
<input type="radio"/> Posição anatômica	1
6. COMORBIDADES	PONTOS
<input type="radio"/> Úlcera por pressão ou neuropatia previamente diagnosticada ou trombose venosa profunda	5
<input type="radio"/> Obesidade ou desnutrição	4
<input type="radio"/> Diabetes Mellitus	3
<input type="radio"/> Doença vascular	2
<input type="radio"/> Sem comorbidades	1
7. IDADE DO PACIENTE	PONTOS
<input type="radio"/> >80 anos	5
<input type="radio"/> Entre 70 e 79 anos	4
<input type="radio"/> Entre 60 e 69 anos	3
<input type="radio"/> Entre 40 e 59 anos	2
<input type="radio"/> Entre 18 e 39 anos	1
Classificação do Risco: Somar os pontos dos itens.	Total
Tabela de comparação: BAIXO RISCO: 7 a 19 ALTO RISCO: 20 a 35	
Fonte: Moraes-Lopes CM. Escala de avaliação de risco para o desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico do paciente. In: de Souza M. Escala de Enfermagem de Risco Pós-Operatório, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013. 156p.	
Nota: Escala não aplicada para pacientes menores de 18 anos.	

Anexo IV- Anotação de enfermagem pós-operatório

	PACIENTE: PRONTUÁRIO: LOCAL: MÉDICO(A):		ATENDIMENTO: SEDO:		NASCIMENTO: DATA ATENDIMENTO: CONVÊNIO:		IDADE: ANOS e MESES
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM PÓS OPERATÓRIO							
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM							
CÓD. IPIHD-989 Versão 01							

