

MINISTERIO DA SAUDE

Anexo 02: PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO*

Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz

09/07/2013

PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO

1. Finalidade

Promover a prevenção da ocorrência de úlcera por pressão (UPP) e outras lesões da pele.

2. Justificativa

Uma das consequências mais comuns, resultante de longa permanência em hospitais, é o aparecimento de alterações de pele. A incidência aumenta proporcionalmente à combinação de fatores de riscos, dentre eles, idade avançada e restrição ao leito.

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

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

Segundo dados da National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), EUA, a prevalência de UPP em hospitais é de 15% e a incidência é de 7% ¹. No Reino Unido, casos novos de UPP acometem entre 4% a 10% dos pacientes admitidos em hospital². No Brasil, embora existam poucos trabalhos sobre incidência e prevalência de UPP, um estudo realizado em um hospital geral universitário evidenciou uma incidência de 39,81%³.

As taxas de incidência e prevalência na literatura apresentam variações que se devem às características dos pacientes e ao nível de cuidado, diferenciando-se em cuidados de longa permanência, cuidados agudos e atenção domiciliar:

- Cuidados de longa permanência: as taxas de prevalência variam entre 2,3% a 28% e as taxas de incidência entre 2,2 % a 23,9%.⁴
- Cuidados agudos: as taxas de a prevalência estão em torno de 10 a 18% e de incidência variam entre 0,4% a 38% ⁴.

- Atenção Domiciliar: as taxas de prevalência variam entre 0% e 29% e as de incidência variam entre 0% e 17%⁴.

Úlceras por pressão causam dano considerável aos pacientes, dificultando o processo de recuperação funcional, frequentemente causando dor e levando ao desenvolvimento de infecções graves, também têm sido associadas a internações prolongadas, sepse e mortalidade.

Apesar da maioria das úlceras por pressão ser evitável, estima-se que aproximadamente 600 mil pacientes em hospitais dos EUA evoluam a óbito a cada ano em decorrência de complicações secundárias à UPP. O custo total estimado do tratamento de UPP nos EUA é de 11 bilhões de dólares por ano⁵.

3. Abrangência (Âmbito, Ponto de Assistência e Local de Aplicação)

As recomendações para a prevenção devem ser aplicadas a todos os indivíduos vulneráveis em todos os grupos etários. As intervenções devem ser adotadas por todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado de pacientes e de pessoas vulneráveis, que estejam em risco de desenvolver úlceras por pressão e que se encontrem em ambiente hospitalar, em cuidados continuados, em lares, independentemente de seu diagnóstico ou das necessidades de cuidados de saúde⁶.

4. Definição

Para fins desta Portaria, considera-se as seguintes definições:

4.1. Úlcera por pressão (UPP): lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante da pressão ou da combinação entre pressão e cisalhamento, causado pela fricção^{6,7}. Outros fatores estão associados à UPP, mas seu papel ainda não foi completamente esclarecido⁶.

4.2. Cisalhamento: deformação que sofre um corpo quando sujeito à ação de forças cortantes⁸.

4.3. Estadiamento de UPP: classificação da UPP, que auxilia na descrição clínica da profundidade observável de destruição tecidual⁵.

O Estadiamento de UPP encontra-se descrito no Apêndice I.

5. Intervenções

A maioria dos casos de UPP pode ser evitada por meio da identificação dos pacientes em risco e da implantação de estratégias de prevenção confiáveis para todos os pacientes identificados como de risco ⁵.

As **seis etapas essenciais** de uma estratégia de prevenção de UPP são ⁵:

ETAPA 1

5.1. Avaliação de úlcera por pressão na admissão de todos os pacientes

A avaliação de admissão dos pacientes apresenta dois componentes:

5.1.1. A avaliação do risco de desenvolvimento de UPP e;

5.1.2. A avaliação da pele para detectar a existência de UPP ou lesões de pele já instaladas.

A pronta identificação de pacientes em risco para o desenvolvimento de UPP, por meio da utilização de ferramenta validada, permite a adoção imediata de medidas preventivas. A avaliação de risco deve contemplar os seguintes fatores:

- a) mobilidade;
- b) incontinência;
- c) déficit sensitivo e;
- d) estado nutricional (incluindo desidratação).

Obs. A escala de Braden é a ferramenta mais amplamente utilizada dentre as várias disponíveis. Em casos de pacientes pediátricos, deve-se utilizar uma ferramenta apropriada, como por exemplo, a escala de Braden Q.

ETAPA 2

5.2. Reavaliação diária de risco de desenvolvimento de UPP de todos os pacientes internados

A complexidade e a gravidade dos pacientes internados resultam na necessidade de reavaliação diária do potencial e do risco de desenvolvimento de UPP. A reavaliação diária permite aos profissionais de saúde ajustar sua estratégia de prevenção conforme as necessidades

do paciente. O grau de risco, conforme especificado em várias ferramentas, permite que os profissionais implantem estratégias individualizadas para os pacientes.

5.2.1. Procedimento Operacional da Avaliação e Reavaliação de Risco (Etapas 1 e 2)

Recomendação: Use uma abordagem estruturada de avaliação de risco para identificar indivíduos em risco de desenvolver UPP (Nível de Evidência C)⁶.

Todo paciente deverá ser avaliado sistematicamente na admissão. Essa avaliação deve levar em consideração as fragilidades, vulnerabilidades e fatores de risco para o desenvolvimento de alterações de pele. Devem ser utilizadas escalas preditivas, com elevado grau de confiabilidade e especificidade.

A avaliação do risco para desenvolvimento de UPP deverá ser executada através da Escala de Braden Q para crianças de 1 a 5 anos e Escala de Braden para pacientes com mais de 5 anos

As escalas de Braden e Braden Q caracterizarão o paciente sem risco, com risco baixo, moderado, alto ou muito alto para desenvolver UPP. A classificação do risco dá-se de maneira inversamente proporcional à pontuação, ou seja, quanto maior o número de pontos, menor é a classificação de risco para a ocorrência dessa lesão.

As escalas preditivas são, entretanto, um parâmetro que deve ser utilizado em associação à avaliação clínica do enfermeiro. Assim, qualquer que seja o score alcançado na escala, a avaliação clínica deverá ser soberana perante a existência de fatores de risco para UPP e de comorbidades inerentes ao desenvolvimento desta lesão cutânea. Um plano de cuidados específicos para prevenção de alterações cutâneas, portanto, deve ser implementado⁹.

A avaliação e a prescrição de cuidados com a pele é uma atribuição do enfermeiro, sendo que a participação da equipe multiprofissional na prevenção das alterações é fundamental na contribuição para a prescrição e no planejamento dos cuidados com o paciente em risco. Poderão ser necessários ajustes nutricionais, intervenções para auxiliar a mobilização ou mobilidade dos pacientes, entre outras medidas.

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

As medidas preventivas para UPP descritas a seguir devem ser instituídas pelo enfermeiro após a identificação dos fatores preditivos para o risco por meio de cuidados essenciais com a pele para a manutenção da integridade cutânea.

ETAPA 3

5.3. Inspeção diária da pele

Pacientes que apresentam risco de desenvolvimento de UPP, de acordo com etapas 1 e 2, necessitam de inspeção diária de toda a superfície cutânea, da cabeça aos pés. Estes pacientes, em geral hospitalizados, podem apresentar deterioração da integridade da pele em questão de horas. Em virtude da rápida mudança de fatores de risco em pacientes agudamente enfermos, a inspeção diária da pele é fundamental. Deve ser dada atenção especial a áreas de alto risco para desenvolvimento de UPP.

A identificação das lesões da pele, como úlcera por pressão, deve ser feita de acordo com a definição e classificação internacional¹⁰.

5.3.1. Procedimento operacional da inspeção da pele (Etapa 3).

Recomendação: Examine a pele do paciente cuidadosamente para identificar a existência de UPP (Nível de Evidência C) ⁶.

Durante a admissão ou a readmissão, examine a pele do paciente cuidadosamente para identificar alterações da integridade cutânea e úlceras por pressão existentes. Para uma apropriada inspeção da pele, deve-se ter especial atenção às áreas corporais de maior risco para UPP, como as regiões anatômicas sacral, calcâneo, ísquio, trocanter, occipital, escapular, maleolar e regiões corporais submetidas à pressão por dispositivos como a presença de cateteres, tubos e drenos ⁹.

A realização de diagnóstico diferencial para a distinção entre os tipos de lesões (úlceras por pressão, úlcera arterial, úlcera venosa, úlcera neuropática e dermatites) melhora o tratamento e gerenciamento do cuidado ⁹.

A inspeção da pele deve ocorrer em intervalos pré-definidos, cuja periodicidade é proporcional ao risco identificado. É necessário o registro apropriado e pontual das alterações encontradas.

Obs. Pode ser necessário o aumento da frequência da inspeção em razão da piora do estado clínico do paciente (Nível de evidência B) ⁶ .

ETAPA 4

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

Pele úmida é mais vulnerável, propícia ao desenvolvimento de lesões cutâneas, e tende a se romper mais facilmente. A pele deve ser limpa, sempre que apresentar sujidade e em intervalos regulares. O processo de limpeza deve incluir a utilização cuidadosa de um agente de limpeza suave que minimize a irritação e a secura da pele.

Deve-se tomar cuidado para minimizar a exposição cutânea à umidade decorrente de incontinência, transpiração ou exsudato de feridas. Quando estas fontes de umidade não puderem ser controladas, a utilização de fraldas e absorventes é recomendada, com o objetivo de minimizar o contato da pele com a umidade. Agentes tópicos que atuam como barreiras contra a umidade e hidratam a pele também podem ser utilizados.

O tratamento da pele ressecada com hidratantes tem se mostrado especialmente efetivo na prevenção de UPP.

5.4.1. Procedimento Operacional das medidas preventivas para higiene, hidratação e manejo da umidade da pele (Etapa 4).

a) Higienização e Hidratação da pele

- Limpe a pele sempre que estiver suja ou sempre que necessário. É recomendada a utilização de água morna e sabão neutro para reduzir a irritação e o ressecamento da pele ¹¹.
- Use hidratantes na pele seca e em áreas ressecadas, principalmente após banho, pelo menos 1 vez ao dia (nível de evidência B). A pele seca parece ser um fator de risco importante e independente no desenvolvimento de úlceras por pressão ⁶.
- Durante a hidratação da pele, não massagear áreas de proeminências ósseas ou áreas hiperemiadas. A aplicação de hidratante deve ser realizada com movimentos suaves e circulares (nível de evidência B) ⁶.
- A massagem está contra-indicada na presença de inflamação aguda e onde existe a possibilidade de haver vasos sanguíneos danificados ou pele frágil. A massagem não deverá ser recomendada como uma estratégia de prevenção de úlceras por pressão (nível de evidência B) ^{6,11}.

b) Manejo da umidade

- Proteger a pele da exposição à umidade excessiva através do uso de produtos de barreira, de forma a reduzir o risco de lesão por pressão. As propriedades mecânicas do estrato córneo são alteradas pela presença de umidade, assim como a sua função de regulação da temperatura (nível de evidência C)⁶.
- Controlar a umidade através da determinação da causa. Usar absorventes ou fraldas)⁶.
- Quando possível, oferecer um aparador (comadre ou papagaio) nos horários de mudança de decúbito¹¹.

Observação: Além da incontinência urinária e fecal, a equipe de enfermagem deve ter atenção a outras fontes de umidade, como extravasamento de drenos sobre a pele, exsudato de feridas, suor e extravasamento de linfa em pacientes com anasarca que são potencialmente irritantes para a pele.

ETAPA 5

5.5. Otimização da nutrição e da hidratação

A avaliação de pacientes com possível risco de desenvolvimento de UPP deve incluir a revisão de fatores nutricionais e de hidratação. Pacientes com déficit nutricional ou desidratação podem apresentar perda de massa muscular e de peso, tornando os ossos mais salientes e a deambulação mais difícil.

Edema e menor fluxo sanguíneo cutâneo geralmente acompanham os déficits nutricionais e hídricos, resultando em lesões isquêmicas que contribuem para as lesões na pele. Pacientes mal nutridos podem apresentar uma probabilidade duas vezes maior de lesões cutâneas.

Líquidos, proteínas e ingesta calórica são importantes aspectos para a manutenção de um estado nutricional adequado. Suplementos nutricionais podem ser necessários caso a ingesta não seja suficiente. É recomendado que nutricionistas sejam consultados nos casos de pacientes com desnutrição a fim de avaliar e propor intervenções mais apropriadas.

5.5.1. Procedimento operacional para Nutrição (Etapa 5)

- a)** Notificar todos os indivíduos em risco nutricional ou em risco para úlcera por pressão ao nutricionista a fim de instituir as medidas nutricionais específicas (avaliar a necessidade calórica, vitamínica, minerais e demais nutrientes) para a prevenção de UPP.
- b)** Avaliar e comunicar o nutricionista e a equipe médica sobre a presença de sinais clínicos de desnutrição ou que podem predispor alterações no estado nutricional: edema, perda de peso, disfagia, inapetência, desidratação, entre outros. Na vigência de baixa aceitação alimentar (inferior a 60% das necessidades nutricionais num período de cinco a sete dias), discutir com a equipe a possibilidade de sondagem⁶.
- c)** Avaliar junto ao nutricionista e à equipe médica a necessidade de oferecer suplementos nutricionais, com alto teor protéico, além da dieta habitual, a indivíduos em risco nutricional e de úlcera por pressão (nível de evidência A).
- d)** O nutricionista deverá avaliar a necessidade de instituir as medidas específicas nutricionais para a prevenção de UPP (*vide* Apêndice específico para nutrição).

ETAPA 6

5.6. Minimizar a pressão

A redistribuição da pressão, especialmente sobre as proeminências ósseas, é a preocupação principal. Pacientes com mobilidade limitada apresentam risco maior de desenvolvimento de UPP. Todos os esforços devem ser feitos para redistribuir a pressão sobre a pele, seja pelo reposicionamento a cada 02 (duas) horas ou pela utilização de superfícies de redistribuição de pressão.

O objetivo do reposicionamento a cada 2 horas é redistribuir a pressão e, conseqüentemente, manter a circulação nas áreas do corpo com risco de desenvolvimento de UPP. A literatura não sugere a frequência com que se deve reposicionar o paciente, mas duas horas em uma única posição é o máximo de tempo recomendado para pacientes com capacidade circulatória normal.

O reposicionamento de pacientes de risco alterna ou alivia a pressão sobre áreas suscetíveis, reduzindo o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão. Travesseiros e coxins são materiais facilmente disponíveis e que podem ser utilizados para auxiliar a redistribuição da pressão. Quando utilizados de forma apropriada, podem expandir a superfície que suporta o peso. Geralmente a pele de pacientes com risco para UPP rompe-se facilmente durante o reposicionamento, portanto, deve-se tomar cuidado com a fricção durante este procedimento.

Superfícies de apoio específicas (como colchões, camas e almofadas) redistribuem a pressão que o corpo do paciente exerce sobre a pele e os tecidos subcutâneos. Se a mobilidade do paciente está comprometida e a pressão nesta interface não é redistribuída, a pressão pode prejudicar a circulação, levando ao surgimento da úlcera.

Pacientes cirúrgicos submetidos à anestesia por período prolongado geralmente apresentam risco aumentado de desenvolvimento de UPP, portanto, todos estes pacientes (no momento pré, intra e pós-operatório) devem receber avaliação de risco da pele.

Os profissionais de saúde devem implantar estratégias de prevenção, como garantir o reposicionamento do paciente e sua colocação em superfícies de redistribuição de pressão, para todos aqueles com risco identificado.

5.6.1.Procedimento Operacional para Minimizar a Pressão (Etapa 6).

a) Mudança de decúbito ou reposicionamento

- i.** A mudança de decúbito deve ser executada para reduzir a duração e a magnitude da pressão exercida sobre áreas vulneráveis do corpo (nível de evidência A) ⁶.
- ii.** A frequência da mudança de decúbito será influenciada por variáveis relacionadas ao indivíduo (tolerância tecidual, nível de atividade e mobilidade, condição clínica global, objetivo do tratamento, condição individual da pele, dor (nível de evidência C) e pelas superfícies de redistribuição de pressão em uso (nível de evidência A) ⁶.
- iii.** Avaliar a pele e o conforto individuais. Se o indivíduo não responde ao regime de posicionamentos conforme o esperado, reconsiderar a frequência e método dos posicionamentos (nível de evidência C) ⁶.
- iv.** A mudança de decúbito mantém o conforto, a dignidade e a capacitação funcional do indivíduo (nível de evidência C) ⁶.

- v. Reposicionar o paciente de tal forma que a pressão seja aliviada ou redistribuída. Evitar sujeitar a pele à pressão ou forças de torção (cisalhamento). Evitar posicionar o paciente diretamente sobre sondas, drenos e sobre proeminências ósseas com hiperemia não reativa. O rubor indica que o organismo ainda não se recuperou da carga anterior e exige um intervalo maior entre cargas repetidas (nível de evidência C)⁶.
- vi. O reposicionamento deve ser feito usando 30° na posição de semi-Fowler e uma inclinação de 30° para posições laterais (alternadamente lado direito, dorsal e lado esquerdo), se o paciente tolerar estas posições e a sua condição clínica permitir. Evitar posturas que aumentem a pressão, tais como o Fowler acima dos 30°, a posição de deitado de lado a 90°, ou a posição de semi-deitado (nível de evidência C)^{6,11}.
- vii. Se o paciente estiver sentado na cama, evitar elevar a cabeceira em ângulo superior a 30°, evitando a centralização e o aumento da pressão no sacro e no cóccix (nível de evidência C)⁶.
- viii. Quando sentado, se os pés do paciente não chegam ao chão, coloque-os sobre um banquinho ou apoio para os pés, o que impede que o paciente deslize para fora da cadeira (nível de evidência C). A altura do apoio para os pés deve ser escolhida de forma a fletir ligeiramente a bacia para frente, posicionando as coxas numa inclinação ligeiramente inferior à posição horizontal⁶.
- ix. Deve-se restringir o tempo que o indivíduo passa sentado na cadeira sem alívio de pressão (nível de evidência B). Quando um indivíduo está sentado numa cadeira, o peso do corpo faz com que as tuberosidades isquiáticas fiquem sujeitas a um aumento de pressão. Quanto menor a área, maior a pressão que ela recebe. Consequentemente, sem alívio da pressão, a UPP surgirá muito rapidamente⁶.

b) Medidas preventivas para fricção e cisalhamento

- i. Elevar a cabeceira da cama até no máximo 30° e evitar pressão direta nos trocanteres quando em posição lateral, limitando o tempo de cabeceira elevada, pois o corpo do paciente tende a escorregar, ocasionando fricção e cisalhamento (nível de evidência C)^{6,11}.

- ii. A equipe de enfermagem deve usar forro móvel ou dispositivo mecânico de elevação para mover pacientes acamados durante transferência e mudança de decúbito. Sua utilização deve ser adequada para evitar o risco de fricção ou forças de cisalhamento. Deve-se verificar se nada foi esquecido sob o corpo do paciente, para evitar dano tecidual (nível de evidência C)^{6,11}.
- iii. Utilizar quadro de avisos próximo ao leito para estimular o paciente a movimentar-se na cama, quando necessário¹¹.
- iv. Avaliar a necessidade do uso de materiais de curativos para proteger proeminências ósseas, a fim de evitar o desenvolvimento de úlcera por pressão por fricção¹¹.

Observação: Apesar da evidência de redução de cisalhamento no posicionamento da cabeceira até 30°, para os pacientes em ventilação mecânica e traqueostomizados com ventilação não invasiva, é recomendado decúbito acima de 30° para a prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação – PAV.

c) Materiais e equipamentos para redistribuição de pressão

i. Uso de colchões e camas na prevenção de UPP

- Utilizar colchões de espuma altamente específica em vez de colchões hospitalares padrão, em todos os indivíduos de risco para desenvolver UPP (nível de evidência A)⁶.
- A seleção de uma superfície de apoio adequada deve levar em consideração fatores como o nível individual de mobilidade na cama, o conforto, a necessidade de controle do microclima, bem como o local e as circunstâncias da prestação de cuidados^{6,8}. Todos os pacientes classificados como “em risco” deverão estar sob uma superfície de redistribuição de pressão (nível de evidência C).
- Não utilizar colchões ou sobreposições de colchões de células pequenas de alternância de pressão com o diâmetro inferior a 10 cm (nível de evidência C)⁶.
- Use uma superfície de apoio ativo (sobreposição ou colchão) para os pacientes com maior risco de desenvolvimento de úlceras por pressão,

quando o reposicionamento manual frequente não é possível (nível de evidência B)⁶.

- Sobreposições ativas de alternância de pressão e colchões de redistribuição de pressão têm uma eficácia semelhante em termos de incidência de úlceras por pressão (nível de evidência A)⁶.
- ii. Uso de superfícies de apoio para a prevenção de úlcera por pressão nos calcâneos
- Os calcâneos devem ser mantidos afastados da superfície da cama (livres de pressão) (nível de evidência C)⁶.
 - Os dispositivos de prevenção de UPP nos calcâneos devem elevá-los de tal forma que o peso da perna seja distribuído ao longo da sua parte posterior, sem colocar pressão sobre o tendão de Aquiles. O joelho deve ter ligeira flexão (nível de evidência C)⁶.
 - Utilizar uma almofada ou travesseiro abaixo das pernas (região dos gêmeos) para elevar os calcâneos e mantê-los flutuantes (nível de evidência B)⁶.

Observação: A hiperextensão do joelho pode causar obstrução da veia poplítea, que pode predispor a uma Trombose Venosa Profunda – TVP⁶.

- iii. Uso de superfície de apoio para prevenir úlceras por pressão na posição sentada
- Utilizar um assento de redistribuição de pressão para os pacientes com mobilidade reduzida e que apresentam risco de desenvolvimento de úlceras por pressão quando estes estiverem sentados em uma cadeira (nível de evidência B). Almofadas de ar e espuma redistribuem melhor a pressão, já as almofadas de gel e de pele de carneiro causam maior pressão⁶.

5.7. Medidas preventivas para úlcera por pressão conforme classificação de risco

Os fatores de risco identificados na fase de avaliação fornecem informações para o desenvolvimento do plano de cuidados. Segue as recomendações das medidas preventivas conforme a classificação do risco: ^{11,12}

5.7.1. Risco baixo (15 a 18 pontos na escala de Braden).

- Cronograma de mudança de decúbito;
- Otimização da mobilização;
- Proteção do calcanhar;
- Manejo da umidade, nutrição, fricção e cisalhamento, bem como uso de superfícies de redistribuição de pressão.

5.7.2. Risco moderado (13 a 14 pontos na escala de Braden).

- Continuar as intervenções do risco baixo;
- Mudança de decúbito com posicionamento a 30°.

5.7.3. Risco alto (10 a 12 pontos na escala de Braden).

- Continuar as intervenções do risco moderado;
- Mudança de decúbito frequente;
- Utilização de coxins de espuma para facilitar a lateralização a 30°.

5.7.4. Risco muito alto (≤ 9 pontos na escala de Braden).

- Continuar as intervenções do risco alto;
- Utilização de superfícies de apoio dinâmico com pequena perda de ar, se possível;
- Manejo da dor.

6. Estratégias de monitoramento e indicadores

Sugerem-se 3 indicadores de processo (6.1 a 6.3) e um indicador de resultado (6.4) para a prevenção da UPP

6.1. Percentual (%) de pacientes submetidos a avaliação de risco para UPP na admissão ⁵.

6.2. Percentual (%) de pacientes de risco recebendo cuidado preventivo apropriado para UPP⁵.

6.3. Percentual (%) de pacientes recebendo avaliação diária para risco de UPP⁵.

6.4. Incidência de UPP.

Referências bibliográficas

1. Moore Zena EH, Cowman Seamus. Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2009, Art.
2. Benbow, M et all. Pressure ulcer risk assessment and prevention. Clinical Practice Guidelines. Royal College of Nursing: April, 2001.
3. Rogenski NMB, Santos VLCG. Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. Rev Latino-am Enfermagem 2005 julho-agosto; 13(4):474-80.
4. Cuddigan, J., Ayello, E. A., & Sussman, C. (Eds.) (2001). Pressure ulcers in America: Prevalence, incidence, and implications for the future. Reston, VA: National Pressure Ulcer Advisory Panel. Evidence Level I: Systematic Review/Meta-Analysis apud Preventing pressure ulcers and skin tears. In: Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice [online]. National Guideline Clearinghouse. December 2009. Disponível em:
5. http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=12262&nbr=006346&string=pressure+AND+ulcer
6. Institute for Healthcare Improvement. How-to-Guide: Prevent Pressure Ulcers. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2011. Disponível em <http://www.ihl.org> .Acessado 26 Março 2013.

7. .European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel;2009.
8. WOCN Society Position Statement: Pressure Ulcer Staging, 2011. Acessado em 26/3/13 [http://c.ymcdn.com/sites/www.wocn.org/resource/collection/E3050C1A-FBF0-44ED-B28B-C41E24551CCC/Position_Statement_-_Pressure_Ulcer_Staging_\(2011\).pdf](http://c.ymcdn.com/sites/www.wocn.org/resource/collection/E3050C1A-FBF0-44ED-B28B-C41E24551CCC/Position_Statement_-_Pressure_Ulcer_Staging_(2011).pdf)
9. Rycroft-Malone, J and McInness, E(2000) Pressure ulcer risk assessment and prevention.Technical Report.RCN:London
10. American Medical Directors Association. Pressure Ulcers in Long-Term Care Setting Clinical Guideline. Columbia, MD: AMDA 2008.
11. National Pressure Ulcer Advisory Panel. Pressure Ulcer Stages Revised by NPUAP [on-line]; 2007. Disponível em : <http://www.npuap.org/pr2.htm>
12. Preventing pressure ulcers and skin tears. In: Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice [online]. National Guideline Clearinghouse. December 2009. Disponível em:
http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=12262&nbr=006346&string=pressure+AND+ulcer
13. Virani, T et all. Risk Assessment and Prevention of Pressure Ulcers. RNAO, Toronto: 2005.
14. Ferreira, ABH. Novo Aurélio.1999. Editora Nova Fronteira

APENDICE I

Estadiamento de Ulceras Por Pressão – UPP

Estágio I: eritema não branqueável⁶

Pele intacta, com rubor não branqueável, numa área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea.

O estágio I pode ser difícil de identificar em indivíduos com tons de pele escuros, visto que nestes o branqueamento pode não ser visível, a sua cor, porém, pode ser diferente da pele ao redor. A área pode estar dolorida, endurecida, mole, mais quente ou mais fria comparativamente ao tecido adjacente. Este estágio pode ser indicativo de pessoas “em risco”.

Estágio II: perda parcial da espessura da pele ⁶

Perda parcial da espessura da derme, que se apresenta como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelho – rosa sem esfacelo. Pode também se apresentar como flictena fechada ou aberta, preenchida por líquido seroso ou sero-hemático. Apresenta-se ainda, como uma úlcera brilhante ou seca, sem crosta ou equimose (um indicador de lesão profunda).

As características deste estágio não devem ser confundidas com fissuras de pele, queimaduras por abrasão, dermatite associada à incontinência, maceração ou escoriações.

Estágio III: Perda total da espessura da pele⁶

Perda total da espessura tecidual. Neste caso, o tecido adiposo subcutâneo pode ser visível, mas não estão expostos os ossos, tendões ou músculos. Pode estar presente algum tecido desvitalizado (fibrina úmida), mas este não oculta a profundidade da perda tecidual. Pode incluir lesão cavitária e encapsulamento.

A profundidade de uma úlcera de estágio III varia de acordo com a localização anatômica. A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo (adiposo) e uma úlcera de estágio III pode ser superficial.

Em contrapartida, em zonas com tecido adiposo abundante podem desenvolver-se úlceras por pressão de estágio III extremamente profundas. O osso e o tendão não são visíveis ou diretamente palpáveis.

Estágio IV: Perda total da espessura dos tecidos⁶

Perda total da espessura dos tecidos com exposição dos ossos, tendões ou músculos. Neste caso, o tecido desvitalizado (fibrina úmida) e/ou tecido necrótico podem estar presentes.

A profundidade de uma úlcera por pressão de estágio IV varia com a localização anatômica. Frequentemente são cavitadas e fistulizadas. A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo (adiposo) e estas úlceras podem ser superficiais.

Uma úlcera de estágio IV pode atingir o músculo e/ou estruturas de suporte (i.e. fáscia, tendão ou cápsula articular), tornando a osteomielite e a osteíte prováveis de acontecer. Existe osso ou músculo visível ou diretamente palpável.

Outros estágios⁶:

Inclassificáveis/Não graduáveis: Perda total da espessura da pele ou de tecidos – profundidade indeterminada

Perda total da espessura dos tecidos, na qual a profundidade atual da úlcera está bloqueada pela presença de tecido necrótico (amarelo, acastanhado, cinzento, verde ou castanho) e/ou escara (tecido necrótico amarelo escuro, castanho ou preto) no leito da ferida.

Até que seja removido tecido necrótico suficiente para expor a base da ferida, a verdadeira profundidade não pode ser determinada; é no entanto uma úlcera de estágio III ou IV.

Obs. Uma escara estável (seca, aderente, intacta e sem eritema ou flutuação) nos calcâneos, serve como penso biológico natural e não deve ser removida.

Suspeita de lesão nos tecidos profundos:

Área vermelha escura ou púrpura localizada em pele intacta e descorada ou flictena preenchida com sangue, provocadas por danos no tecido mole subjacente pela pressão e/ou forças de torção. A área pode estar rodeada por tecido mais doloroso, firme, mole, úmido, quente ou frio comparativamente ao tecido adjacente.

A lesão dos tecidos profundos pode ser difícil de identificar em indivíduos com tons de pele escuros. A evolução pode incluir uma flictena de espessura fina sobre o leito de uma ferida escura.

A ferida pode evoluir adicionalmente ficando coberta por uma fina camada de tecido necrótico (escara). A sua evolução pode ser rápida expondo outras camadas de tecido adicionais mesmo com o tratamento adequado.

APENDICE II

SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS DAS RECOMENDAÇÕES

As recomendações deste protocolo são graduadas com base no número de estudos, na qualidade da pesquisa e na consistência de achados:

Tabela 1. Nível de Evidência para Estudos Individuais⁶

Nível	
1	Grandes estudos aleatórios com resultados claros (e baixo risco de erro).
2	Pequenos estudos aleatórios com resultados incertos (e risco de erro de moderado a alto).
3	Estudos não aleatórios com controles concorrentes ou contemporâneos.
4	Estudos não aleatórios com controles históricos.
5	Estudo de caso sem controle. Especificar número de sujeitos.

Tabela 2. Escala de força de evidência para cada recomendação⁶

Força da evidência	
A	A recomendação tem por base uma evidência científica direta, proveniente de estudos controlados, adequadamente desenhados e implementados, em úlceras por pressão em humanos (ou em humanos em risco de úlcera por pressão), que fornecem resultados estatísticos que sustentam de forma consistente a recomendação (são exigidos estudos de nível 1).
B	A recomendação tem por base evidência científica direta de estudos clínicos, adequadamente desenhados e implementados, em úlceras por pressão em humanos (ou em humanos em risco de úlceras por pressão), que fornecem resultados estatísticos que sustentam a recomendação de forma consistente (estudos de nível 2, 3, 4 e 5).
C	A recomendação tem por base uma evidência indireta (i.e., estudos em sujeitos humanos saudáveis, humanos com outro tipo de feridas crônicas, modelos animais) e/ou a opinião de peritos.

Tabela 3: Classificação de Nível de evidência por cada recomendação⁶

Nível	
I	Resultados geralmente consistentes na maioria dos múltiplos estudos aceitáveis.
II	Recomendação fundamentada em um único estudo aceitável, ou resultados fracos ou inconsistentes em múltiplos estudos aceitáveis.
III	Evidências científicas limitadas, que não atingem todos os critérios de aceitabilidade dos estudos, ou ausência de estudos de boa qualidade diretamente aplicáveis. Isto inclui a opinião de especialistas.