

24/02/2014 – PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO

escrito por Ana Miranda | 11 de junho de 2014

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%.

– Cuidados agudos: as taxas de a prevalência estão em torno de 10 a 18% e de incidência variam entre 0,4% a 38%

– 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 ano.

·
-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 saúde

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. Outros fatores estão associados à UPP, mas seu papel ainda não foi completamente esclarecido

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

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

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

As seis etapas essenciais de uma estratégia de prevenção de UPP são

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)

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 escore 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 implementado.

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 internacional.

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)

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

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.

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)

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 pressão⁶

·
– 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)

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)

·
– Controlar a umidade através da determinação da causa. Usar absorventes

ou fraldas)

·
– Quando possível, oferecer um aparador (comadre ou papagaio) nos

horários de mudança de decúbito.

·
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 sondagem.

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,

consequentemente, 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).

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).

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).

iv. A mudança de decúbito mantém o conforto, a dignidade e a capacitação

funcional do indivíduo (nível de evidência C)

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)

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).

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).

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 horizontal

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 rapidamente.

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).

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)

.

iii. Utilizar quadro de avisos próximo ao leito para estimular o paciente a

movimentar-se na cama, quando necessário.

.

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 fricção.

Observação: Apesar da evidência de redução de cisalhamento no posicionamento da cabeceira até 30º, para os pacientes em ventilação mecânica e traqueostomizados com ventilação não invasiva, é recomendado decúbito acima de 30º 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)

-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)

– 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)

.

– 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)

.
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)

-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)

.
– Utilizar uma almofada ou travesseiro abaixo das pernas
(região dos
gêmeos) para elevar os calcâneos e mantê-los flutuantes (nível
de
evidência B)

.
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

pressão.

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:

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.

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

Fonte: Anvisa