

Úlcera por Pressão: Prevenção

Divisão da Prática Assistencial, Qualidade e Segurança - 06/2010



Úlcera por Pressão (UP)

Definição

De acordo com o National Pressure Ulcer Advisory Panel, a úlcera por pressão é uma lesão localizada na pele e/ou no tecido ou estrutura subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante de pressão isolada ou de pressão combinada com fricção e/ou cisalhamento. Inúmeros fatores contribuintes e fatores de confusão podem também estar associados às úlceras por pressão; o significado desses fatores, no entanto, ainda deve ser elucidado.



Fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento da UP

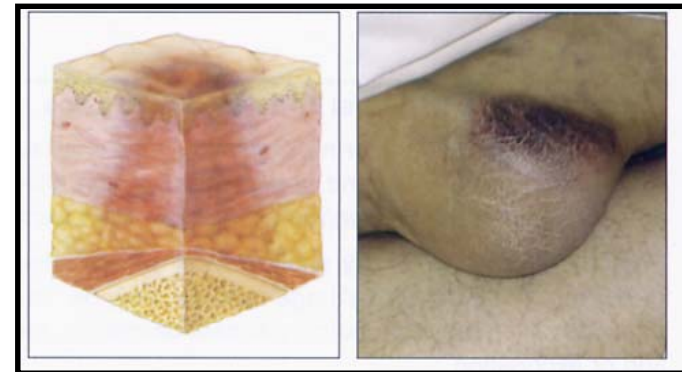
- **Fatores intrínsecos**: tolerância tecidual, alterações cutâneas pré-existentes, déficit nutricional, hipotensão/perfusão tecidual prejudicada, idade avançada, mobilidade reduzida, sensibilidade reduzida, peso corpóreo alterado, drogas, diminuição do nível de consciência, dor.
- **Fatores extrínsecos**: umidade, pressão (intensidade e duração), fricção e cisalhamento.



Classificação

Suspeita de lesão profunda

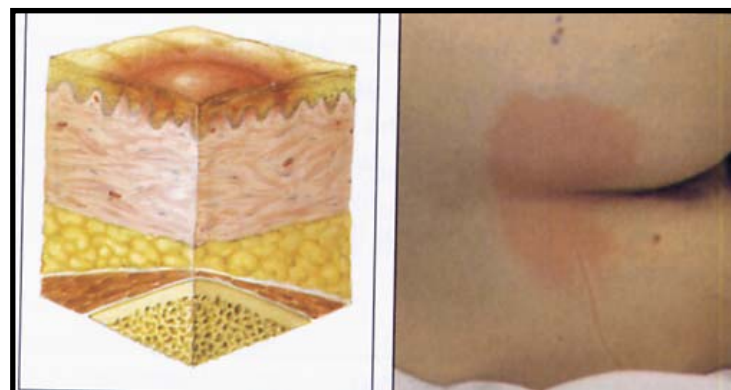
Área localizada de pele intacta de coloração púrpura ou castanha ou bolha sanguinolenta causadas por dano no tecido mole, decorrente de pressão e/ou cisalhamento. A área pode ser precedida por um tecido que se apresenta dolorido, endurecido, amolecido, esponjoso e mais quente ou frio comparativamente ao tecido adjacente .



Classificação

Estágio I

Pele intacta com hiperemia de uma área localizada que não embranquece, geralmente, sobre a proeminência óssea. A pele de cor escura pode não apresentar embranquecimento visível: sua cor pode diferir da pele ao redor.



Classificação

Estágio II

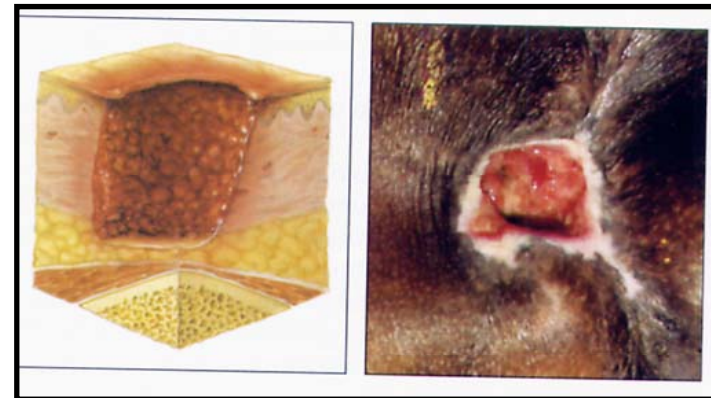
Perda parcial da espessura dérmica. Apresenta-se como úlcera superficial com o leito de coloração vermelho pálida, sem esfacelo. Pode apresentar-se ainda como uma bolha (preenchida com exsudato seroso), intacta ou aberta/ rompida.



Classificação

Estágio III

Perda de tecido em sua espessura total. A gordura subcutânea pode estar visível, sem exposição de osso, tendão ou músculo. Esfacelo pode estar presente sem prejudicar a identificação da profundidade da perda tissular. Pode incluir descolamento e túneis .



Classificação

Estágio IV

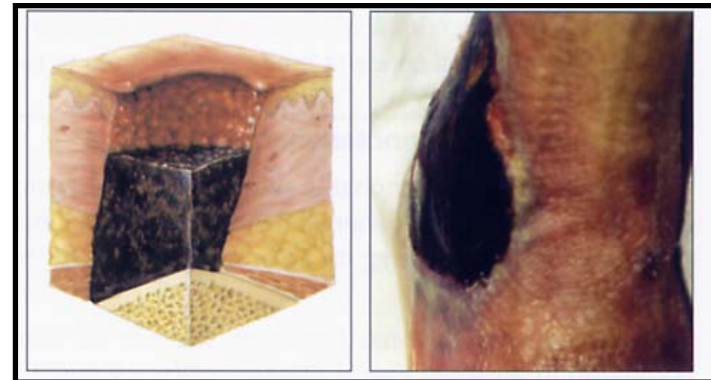
Perda total de tecido com exposição óssea, de músculo ou tendão. Pode haver presença de esfacelo ou escara em algumas partes do leito da ferida. Frequentemente, inclui descolamento e túneis.



Classificação

Úlcera que não pode ser classificada

Lesão com perda total de tecido, na qual a base da úlcera está coberta por esfacelo (amarelo, marrom, cinza, esverdeado ou castanho) e/ou há escara (marrom, castanha ou negra) no leito da lesão.



Avaliação do Paciente

A qualidade com que o cuidado do paciente é gerenciado está diretamente relacionada à capacidade da avaliação inicial em realizar uma detecção precoce dos fatores de risco associados e à escolha correta de medidas preventivas a serem implantadas.

Recomenda-se a utilização de uma avaliação de riscos estruturada que poderá ser baseada em escalas preditivas, sendo que a mais utilizada na literatura é a Escala de Braden.

No entanto, a pontuação absoluta de um paciente em uma escala preditiva, deve ser acrescida de uma avaliação clínica abrangente, que considere outras co-morbidades e condições do paciente, incluindo a contribuição das equipes multiprofissionais, viabilizando assim, que um plano de prevenção adequado seja implantado.



Medidas preventivas por fator de risco alterado

Percepção sensorial, mobilidade e atividade prejudicada

- Manter pacientes de risco em superfície de redistribuição de pressão (**Nível de evidência A**).
 - Não é recomendável a utilização de materiais de pele de carneiro sintética, dispositivos recortados em forma de anel ou donut e luvas cheias de água;
- Os calcâneos devem ser mantidos livres de pressão, com o auxílio de um travesseiro na região posterior da perna, permitindo que os joelhos apresentem ligeira flexão (**Nível de evidência C**);
- Realizar mudança de decúbito para reduzir a pressão exercida sobre áreas vulneráveis do corpo (**Nível de evidência A**).
 - A frequência da mudança de decúbito será influenciada por variáveis relacionadas à característica do paciente (**Nível de evidência C**) e pelas superfícies de apoio em uso (**Nível de evidência A**).



Medidas preventivas por fator de risco alterado

Percepção sensorial, mobilidade e atividade prejudicada

- Reposicionar o paciente de tal forma que a pressão seja aliviada ou redistribuída. Evitar posicionar o paciente diretamente sobre sondas e drenos e sobre proeminências ósseas com hiperemia não reativa (Nível de evidência C).
- O reposicionamento deve ser feito usando 30º na posição de Semi-Fowler, e uma inclinação de 30º para posições laterais (alternadamente lado direito, dorsal e lado esquerdo), se o indivíduo tolerar estas posições e a sua condição clínica permitir (Nível de Evidência C).



Medidas preventivas por fator de risco alterado

Percepção sensorial, mobilidade e atividade prejudicada

- Quando sentado, se os pés do paciente não chegam ao chão, coloque-os sobre um banquinho ou apoio para os pés (**Nível de Evidência C**).
 - Quando os pés não apóiam no chão, o corpo desliza para fora da cadeira. 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.
- 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 de carga, mais alta é a pressão e, conseqüentemente, sem alívio da pressão, a UP surgirá muito rapidamente.



Medidas preventivas por fator de risco alterado

Manejo da umidade

- Limpar a pele, com água e sabão neutro, sempre que estiver suja ou sempre que necessário.
- Utilizar hidratantes na pele seca e em áreas ressecadas, principalmente após banho, pelo menos 1 vez ao dia **(Nível de Evidência B)**.
- Não massagear áreas de proeminências ósseas e/ou áreas hiperemiadas durante a hidratação da pele **(Nível de Evidência B)**.
- Proteger a pele da exposição à umidade excessiva através do uso de produtos barreira de forma a reduzir o risco de lesão por pressão **(Nível de Evidência C)**.

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 e suor que são potenciais irritantes para a pele.



Medidas preventivas por fator de risco alterado

Estado nutricional alterado

- Notificar todos os indivíduos em risco nutricional e de desenvolvimento de úlcera por pressão para o nutricionista a fim de instituir as medidas nutricionais específicas (avaliar a necessidade calórica, vitamínica, de minerais e demais nutrientes) para a prevenção de UP.
- Avaliar e comunicar ao profissional responsável (o nutricionista e/ou equipe médica) sobre a presença de sinais clínicos de desnutrição ou que podem predispor a alterações no estado nutricional, tais como: edema, perda de peso, disfagia, inapetência, desidratação entre outros. Na vigência de baixa aceitação alimentar (<60% das necessidades nutricionais entre cinco a sete dias), discutir com a equipe a possibilidade de sondagem.
- Avaliar junto ao profissional responsável (o nutricionista e/ou 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**).



Medidas preventivas por fator de risco alterado

Manejo da fricção e cisalhamento

- Elevar a cabeça da cama até no máximo 30º e evitar pressão direta nos trocanteres (**Nível de evidência C**).
- Utilizar forro móvel ou dispositivo mecânico de elevação para mover pacientes acamados durante transferência e mudança de decúbito, para evitar fricção ou forças de cisalhamento – deve-se ainda verificar se nada foi esquecido sob o corpo do paciente, para evitar dano tecidual (**Nível de evidência C**).
- Utilizar quadro balcânico para estimular o paciente a movimentar-se na cama, quando necessário.
- Avaliar a necessidade do uso de materiais de curativos para proteger proeminências ósseas para evitar o desenvolvimento de úlcera por pressão por fricção.



Divisão da Prática Assistencial, Qualidade e Segurança

