



Integridade da Pele: avaliação, manutenção e manejo das complicações

Objetivos

- Garantir conhecimentos básicos para a manutenção da integridade da pele e suas funções;
- Identificar precocemente as alterações da integridade da pele e fornecer diretriz para o cuidado das lesões;
- Prevenir o desenvolvimento de úlcera por pressão (UP) e outras alterações da pele;
- Direcionar a escolha das medidas preventivas de forma individualizada;
- Diminuir a morbidade e mortalidade;
- Garantir melhoria contínua da qualidade dos cuidados fornecidos ao paciente;
- Reduzir custos hospitalares;
- Diminuir tempo de internação;
- Evitar infecções e complicações secundárias as alterações da pele;
- Auxiliar o profissional de saúde na tomada de decisão para a escolha dos cuidados adequados para a prevenção e tratamento de lesões de pele;
- Divulgar recomendações internacionais sobre prevenção e tratamento das úlceras por pressão, baseadas em evidências científicas.

Introdução

Uma das conseqüências mais comuns, resultante de longa permanência em hospitais, é o aparecimento de alterações da pele. Isso é ainda mais prevalente quanto maior a combinação de fatores de risco presentes, dentre eles, idade avançada e restrição ao leito.

A manutenção da integridade da pele dos pacientes internados tem por base, o conhecimento de que medidas de cuidado relativamente simples podem garantir com que a pele do paciente se mantenha íntegra durante seu período de internação sendo que, a maioria das recomendações para avaliação e medidas preventivas, podem ser utilizadas de maneira universal, ou seja, tem validade tanto para prevenção de úlcera por pressão (UP) como para quaisquer outras alterações da pele.

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

Epidemiologia

Segundo dados da National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), a prevalência da UP em hospitais é de 15% e a incidência é de 7%.⁽¹⁾ No Reino Unido, casos novos de UP acometem de 4% a 10% dos pacientes admitidos em hospital.⁽²⁾ No Brasil, existem poucos trabalhos sobre incidência e prevalência de UP, sendo que em estudo realizado em um hospital geral universitário evidenciou-se uma incidência de 39,81%.⁽³⁾

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

- Cuidados de longa permanência: taxas de prevalência variam de 2,3% para 28% e as taxas de incidência de 2,2 % para 23,9%.⁽⁴⁾
- Cuidados agudos: a taxa de incidência varia de 0,4% a 38% e a prevalência está em torno de 10 a 18%.⁽⁴⁾
- Home-care: a incidência varia entre 0% a 17% e a prevalência entre 0% a 29%.⁽⁴⁾

Definição

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 cisalhamento. Fricção gera cisalhamento e quando a fricção é elevada o cisalhamento é também elevado, portanto a inclusão de cisalhamento presume a presença de fricção. (L. Edsberg, personal communication February, 2010; WOCN, 2010, p. 1).

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 (Pressure Ulcer Stages Revised by NPUAP) ⁽⁵⁾.

Prevenir as úlceras por pressão depende de uma habilidade clínica de avaliar o risco e, assim programar as condutas preventivas.

Conhecer e entender as causas das úlceras por pressão e os fatores de risco para o seu desenvolvimento, permite a toda equipe de saúde implementar ações efetivas de prevenção e tratamento.

É importante frisar que a decisão de adotar alguma recomendação em particular, deve ser tomada pelo profissional de saúde, a luz dos recursos disponíveis e das circunstâncias apresentadas pelo paciente em particular. Embora pretenda melhorar a eficácia e a qualidade dos cuidados, este protocolo não é uma garantia absoluta sobre os resultados. **O protocolo constitui apenas um guia de condutas, cabendo ao enfermeiro responsável, as decisões finais sobre os cuidados de enfermagem a serem adotados aos pacientes sob seus cuidados.**

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

- National Pressure Ulcer Advisory Panel and European Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: clinical practice guideline. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.
- Rycroft-Malone, J and McInness, E (2000) Pressure ulcer risk assessment and prevention. Technical Report. RCN: London.

A classificação dos níveis de recomendação e, portanto, de evidência, constante nesse protocolo, utiliza-se da nomenclatura destacada abaixo.

Tabela 1 - Classificação por nível de evidência para cada recomendação

A	A recomendação é suportada por uma evidência científica direta proveniente de ensaios controlados devidamente concebidos e implementados em úlcera por pressão em humanos (ou em humanos em risco de desenvolver úlcera por pressão), fornecem resultados estatísticos que suportam de forma consistente a recomendação (são exigidos estudos de nível 1)
B	A recomendação é suportada por evidência científica direta de estudos clínicos devidamente concebidos e implementados em úlcera por pressão em humanos (ou humanos em risco de úlcera por pressão), fornecendo resultados estatísticos que suportam a recomendação de forma consistente (estudos de nível 1, 2, 3, 4 e 5)
C	A recomendação é suportada por evidência indireta (e.g. estudos em sufeitos humanos saudáveis, humanos com outros tipos de feridas crônicas, modelos animais) e/ou a opinião de peritos

Nível de evidência para estudos individuais

- 1 Grandes estudos aleatórios com resultados claros (e baixo risco de erro)
 - 2 Pequenos estudos aleatórios com resultados incertos (e risco moderado de erro)
 - 3 Estudos não aleatórios com controles concorrentes ou contemporâneos
 - 4 Estudos não aleatórios com controles históricos
 - 5 Estudos de caso sem controle. Número específico de sujeito
-

A segunda referencia, classifica as evidências dos estudos da seguinte forma:

Tabela 2 - Classificação por nível de evidência para cada recomendação

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

Protocolo de úlcera por pressão: prevenção

Avaliação e Reavaliação de risco

Evidência: Use uma abordagem estruturada de avaliação de risco para identificar indivíduos em risco de desenvolver úlcera por pressão (**Nível de evidência C**)⁽⁵⁾

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

A avaliação do risco para desenvolvimento de UP 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 (vide anexo 1).

A escala de Braden e a Braden Q, caracterizarão o paciente sem risco, baixo risco, moderado risco, alto risco ou em risco muito alto para desenvolver UP. A classificação do risco se dá 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 UP e de comorbidades inerentes ao desenvolvimento desta lesão cutânea (vide anexo 2), e portanto, um plano de cuidados específicos para prevenção de alterações cutâneas deve ser implementado.⁽⁶⁾

A avaliação e prescrição de cuidados com a pele é uma atribuição do enfermeiro, sendo a participação da equipe multiprofissional na prevenção das alterações, uma importante contribuição para a prescrição e planejamento dos cuidados com o paciente em risco. Poderão ser necessários ajustes nutricionais, intervenções para auxiliar na mobilização ou mobilidade dos pacientes, entre outras medidas – consultar anexos específicos da assistência da Nutrição, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Avaliação da pele

Evidência: Examine a pele do paciente cuidadosamente para identificar a existência de úlcera por pressão (**Nível de evidência C**)⁽⁵⁾

Durante a admissão ou 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 UP e para regiões corporais com presença de sondas, tubos e drenos⁽⁶⁾ (anexo 4).

A identificação das lesões da pele, como úlcera por pressão, devem ser feitas de acordo com a definição e classificação internacional⁽⁷⁾ (vide anexo 5) sendo que a avaliação por um enfermeiro especialista ou médico pode auxiliar no diagnóstico diferencial. Distinguir entre os tipos de lesões (úlcera por pressão, úlcera arterial, úlcera venosa, úlcera neuropática e dermatites) melhora o tratamento e gerenciamento do cuidado⁽⁶⁾ (vide anexo 6).

Para auxiliar a avaliação da pele, consulte o anexo 7.

Evidência: Pode ser necessário o aumento da frequência da inspeção em razão da piora do estado clínico do paciente **(Nível de evidência B)** ⁽⁵⁾

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

Medidas preventivas para úlcera por pressão conforme fatores preditivos

Após a identificação dos fatores preditivos e dos pacientes “em risco” para o desenvolvimento de úlcera por pressão, o enfermeiro deve instituir cuidados essenciais com a pele para a manutenção da integridade cutânea e prevenção de úlcera por pressão.

1) Higienização e Hidratação da pele

- Limpe a pele sempre que estiver suja ou sempre que necessário. É recomendado a utilização de água morna e sabão neutro para reduzir a irritação e o ressecamento da pele. ⁽⁸⁾
- 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. ⁽⁵⁾
- 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)**. ⁽⁵⁾
- 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)**. ^(5,8)

2) Manejo da umidade

- Proteger a pele da exposição à umidade excessiva através do uso de produtos 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)**. ⁽⁵⁾
- Controlar a umidade através da determinação da causa; usar absorventes ou fraldas. ⁽⁵⁾
- Quando possível, oferecer uma comadre ou papagaio em conjunto com os horários de mudança de decúbito. ⁽⁸⁾

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 potenciais irritantes para a pele.

3) Nutrição

- 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 calórico, vitamínica, minerais e demais nutrientes) para a prevenção de UP.
- Avaliar e comunicar o nutricionista e equipe médica 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 (<60% das necessidades nutricionais entre cinco a sete dias), discutir com a equipe a possibilidade de sondagem). ⁽⁵⁾
- Avaliar junto ao nutricionista e 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)**.
- O nutricionista deverá avaliar a necessidade de instituir as medidas específicas nutricionais para a prevenção de UP (vide anexo específico para nutrição).

4) Materiais e equipamentos para redistribuição de pressão

4.1) Uso de colchões e camas na prevenção de UP

- Use colchões de espuma altamente específica em vez de colchões hospitalares padrão, em todos os indivíduos de risco para desenvolver UP **(Nível de evidência A)**.⁽⁵⁾
- A seleção de uma superfície de apoio adequada deve levar em consideração fatores como o nível individual de mobilidade na cama, o seu conforto, a necessidade de controle do microclima, bem como o local e as circunstâncias da prestação de cuidados^(5,8). Todos os pacientes classificados como risco deverão estar sob uma superfície de redistribuição de pressão **(Nível de evidência C)**.
- Não use colchões ou sobreposições de colchões de células pequenas de alternância de pressão com o diâmetro <10cm **(Nível de evidência C)**.⁽⁵⁾
- Use uma superfície de apoio ativo (sobreposição ou colchão) para os pacientes com maior risco de desenvolvimento de úlceras por pressão, onde o reposicionamento manual freqüente não é possível **(Nível de Evidência B)**.⁽⁵⁾
- Sobreposições ativas de alternância de pressão e colchões de redistribuição de pressão têm uma eficácia semelhante em termos de incidência de úlceras de pressão **(Nível de Evidência A)**.⁽⁵⁾

4.2) 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)**.⁽⁵⁾
- Os dispositivos de prevenção de UP 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)**.⁽⁵⁾
- Use uma almofada ou travesseiro debaixo das pernas (região dos gêmeos) para elevar os calcâneos e mantê-los flutuantes **(Nível de evidência B)**.⁽⁵⁾

Observação: A hiperextensão do joelho pode causar obstrução da veia poplítea que pode predispor a uma trombose venosa profunda.⁽⁵⁾

4.3) Uso de superfície de apoio para prevenir úlceras por pressão na posição sentada

- Use um assento de redistribuição de pressão para os pacientes sentados em uma cadeira com mobilidade reduzida e que apresentam risco de desenvolvimento de úlceras de pressão **(Nível de evidência B)**. Almofadas de ar e espuma redistribuem melhor a pressão enquanto que almofadas de gel e pele de carneiro apresentaram maiores pressão.⁽⁵⁾

5) Mudança de decúbito ou reposicionamentos

- A mudança de decúbito deve ser executada para reduzir a duração e magnitude da pressão exercida sobre áreas vulneráveis do corpo **(Nível de evidência A)**.⁽⁵⁾
- A freqüência 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)**.⁽⁵⁾
- Avaliar a pele e conforto individuais. Se o indivíduo não responde ao regime de posicionamentos conforme o esperado, reconsiderar a freqüência e método dos posicionamentos **(Nível de evidência C)**.⁽⁵⁾
- A mudança de decúbito mantém o conforto, a dignidade e a capacitação funcional do indivíduo **(Nível de evidência C)**.⁽⁵⁾
- 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 recuperou da carga anterior e exige um intervalo maior entre cargas repetidas **(Nível de evidência C)**.⁽⁵⁾

- 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° ou a posição de deitado de lado a 90°, ou a posição de semi-deitado (**Nível de Evidência C**).^(5,8)
- Se o paciente estiver sentado na cama, evitar elevar a cabeceira superior à 30°, evitando a centralização e aumento da pressão ao nível do sacro e cóccix (**Nível de Evidência C**).⁽⁵⁾
- Quando sentado, se os pés do paciente não chegam ao chão, coloque-os sobre um banquinho ou apoio para os pés, impedindo 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.⁽⁵⁾
- Restrinja 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, conseqüentemente, sem alívio da pressão, a UP surgirá muito rapidamente.⁽⁵⁾

6) Medidas preventivas para fricção e cisalhamento

- Elevar a cabeça da cama até no máximo 30° e evitar pressão direta nos trocanteres quando em posição lateral. Limitar o tempo de cabeceira elevada, e não elevar acima de 30°, pois o corpo do paciente tende a escorregar ocasionando fricção e cisalhamento (**Nível de Evidência C**).^(5,8)
- 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 e deve verificar se nada foi esquecido sob o corpo do paciente, para evitar dano tecidual (**Nível de Evidência C**).^(5,8)
- Utilizar quadro balcânico para estimular o paciente a movimentar-se na cama, quando necessário.⁽⁸⁾
- Avaliar a necessidade do uso de materiais de curativos para proteger proeminências ósseas para evitar o desenvolvimento de úlcera por pressão por fricção.⁽⁸⁾

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 PAV (pneumonia associada à ventilação).

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 abaixo as recomendações das medidas preventivas conforme a classificação do risco:^(8,10)

Baixo risco (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 o uso de superfícies de redistribuição de pressão.

Moderado risco (13 a 14 pontos na escala de Braden)

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

Alto risco (10 a 12 pontos na escala de Braden)

- Continuar as intervenções de moderado risco
- Mudança de decúbito freqüente

- Utilização de coxins de espuma para facilitar a lateralização a 30°

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

- Continuar as intervenções do alto risco
- Utilização de superfícies de apoio dinâmico (pequena perda de ar) se possível
- Manejo da dor

Prescrição de Enfermagem

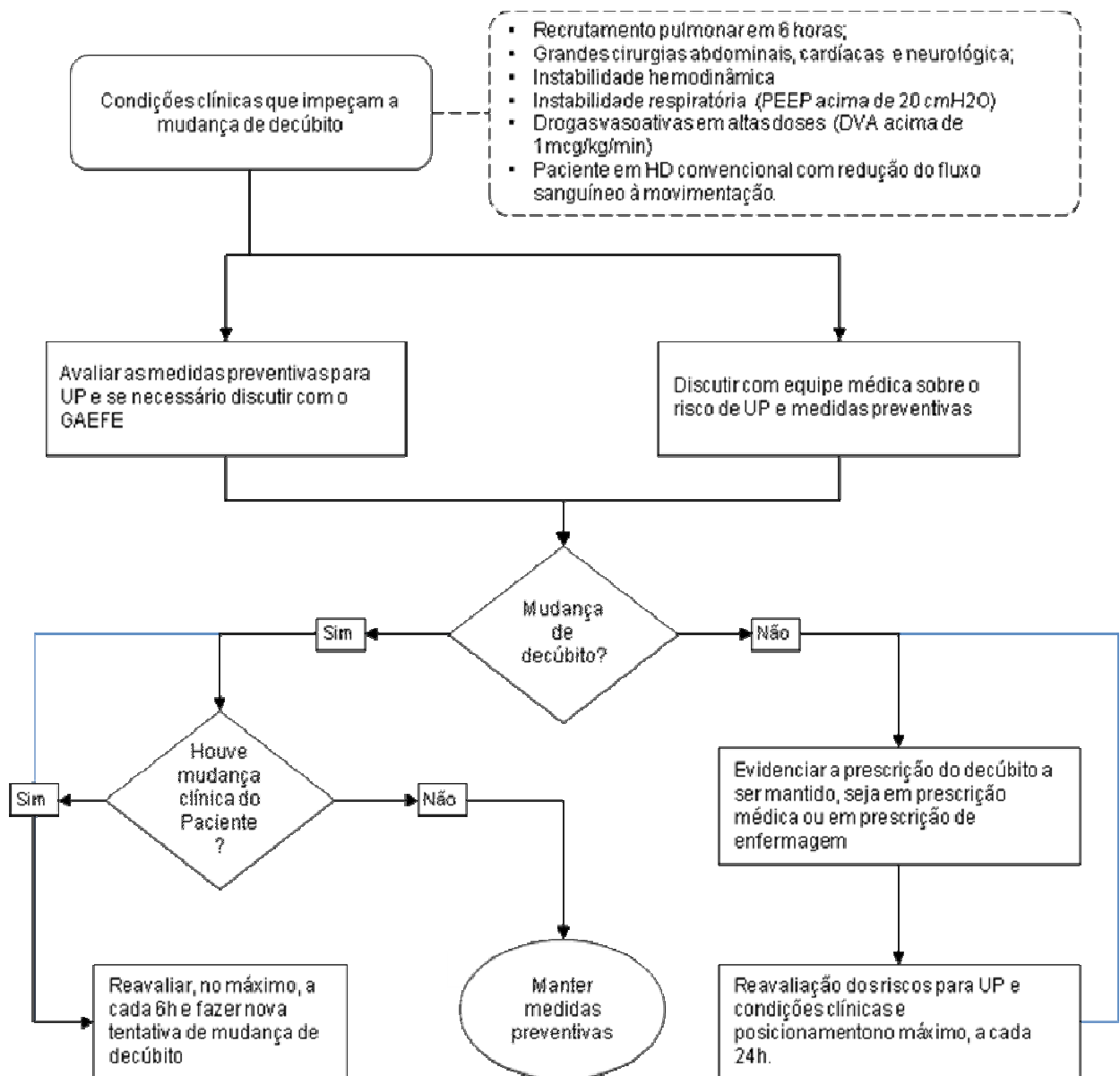
A tabela abaixo descreve os cuidados essenciais de enfermagem para a manutenção da integridade da pele.

O enfermeiro, ao realizar a prescrição de enfermagem, deverá elaborar o plano de cuidados do paciente de acordo com os fatores de risco identificados e classificação do risco. Os itens em negrito correspondem aos cuidados mínimos a serem adotados para a manutenção da integridade da pele e prevenção de úlcera por pressão a todos os pacientes identificados como em risco, independentemente da classificação. Os demais cuidados são de escolha clínica do enfermeiro, na dependência das necessidades individuais de cada paciente.

Manejo da mobilidade, atividade e percepção sensorial alterada	Frequência	Aprazamento
Estimular a mobilização no máximo a cada 2/2h^{*1} OU	2/2h	08 10 12 14 16 18 20 22 24 02 04 06
Auxiliar a mudança de decúbito^{*1} OU	2/2h	08 10 12 14 16 18 20 22 24 02 04 06
Realizar mudança de decúbito^{*1} OU	2/2h	08 10 12 14 16 18 20 22 24 02 04 06
Realizar mudança de decúbito^{*2}	___/___ h	Aprazar horários
Manter calcâneos livres de pressão	3X	M T N
Manter o paciente em superfície de redistribuição de pressão	3X	M T N
Utilizar coxins para facilitar o posicionamento a 30°		
Manejo da umidade		
Aplicar hidratante corporal com AGE após banho e SN	1X e SN	M
Intensificar troca de roupa de cama ^{*3}		
Intensificar troca de fralda ^{*3}		
Proteger a pele da exposição à umidade excessiva através do uso de: _____ na (s) regiões: _____		
Manejo de Fricção e Cisalhamento		
Manter decúbito até 30°	3X	M T N
Proteger as proeminências ósseas com _____ na(s) região(s) _____. Realizar troca em: _____, no período: _____.		
Utilizar o Jack nas transferências do paciente	3X	M T N
Utilizar forro móvel para mobilizar o paciente	3X	M T N
Utilizar esteira móvel para a mobilização do paciente	3X	M T N
Utilizar quadro balcânico para facilitar a mobilização do paciente	3X	M T N
Manejo da nutrição		
Monitorar e comunicar a aceitação alimentar	3X	M T N
Comunicar sinais que podem predispor alterações no estado nutricional: edema, perda de peso, disfagia, inapetência, desidratação.	3X	M T N
Realizar controle de peso	___X semana	Aprazar os dias da semana
Manejo da Dor		
Monitorar presença de dor em proeminências ósseas	3X	M T N

*1= de acordo com a intensidade da alteração da mobilidade, atividade e da percepção sensorial, o enfermeiro deverá escolher a opção mais adequada. *2= de acordo com a tolerância tecidual e fatores de risco associados, o enfermeiro deverá avaliar a necessidade ou não de aumentar a frequência da mudança de decúbito. *3= o enfermeiro deverá definir a frequência de acordo com a especificidade do paciente.

Medidas preventivas para pacientes com condições clínicas que impedem a mudança de decúbito



O enfermeiro responsável pelo paciente e/ou GAEFE deverá avaliar criticamente as medidas preventivas:

- Tipo e adequação da superfície de redistribuição de pressão;
- Manutenção de calcâneo livre de pressão
- Mudança de decúbito x descompressão de proeminências ósseas
- Hidratação da pele
- Angulação do decúbito até 30°
- Manejo de umidade, nutrição, fricção e cisalhamento.

Após discussão e decisão da melhor prática, o enfermeiro deverá realizar registro em evolução de enfermagem das condições clínicas do paciente que impedem a mudança de decúbito e adequar à prescrição de enfermagem os cuidados definidos.

Comunicar e documentar ao paciente e aos familiares os riscos para o desenvolvimento de UP, os cuidados adotados e registrar em plano educacional.

Educação

A educação da equipe de saúde, pacientes e seus familiares deve ser parte integrante de qualquer estratégia de prevenção de UP. Estudos sugerem que programas educacionais podem reduzir a incidência e prevalência das UP, assegurando uma abordagem de melhoria contínua da qualidade que aumenta a conscientização das pessoas sobre a importância da avaliação do risco e prevenção de UP. ^(2,5,6,9,10)

- Programas educacionais para avaliação de risco e prevenção de UP devem ser organizados, estruturados e direcionados para compreensão de toda equipe assistencial. Deve adotar abordagem interdisciplinar para o treinamento e educação dos profissionais de saúde e deve ser atualizado regularmente para incorporar novas técnicas, conhecimentos ou tecnologias (**Nível de evidencia II**)
- O programa educacional para prevenção de UP, para os profissionais de saúde, deve incluir informações sobre:
 - Etiologia e fatores de risco para UP;
 - Fisiopatologia do desenvolvimento das UP;
 - As limitações e potenciais aplicações dos instrumentos de avaliação de risco;
 - Avaliação da pele e identificação precoce de alterações cutâneas;
 - Seleção, uso e manutenção de superfícies de apoio e equipamentos de redistribuição de pressão;
 - Métodos de documentação da avaliação de risco e ações de prevenção;
 - Desenvolvimento e implementação de um programa individualizado para o cuidado com a pele;
 - Demonstração de posicionamento para diminuir risco de pressão, fricção e cisalhamento incluindo o uso correto de equipamentos auxiliares;
 - Papéis e responsabilidades da equipe interdisciplinar no manejo das UP;
 - Educação do paciente, familiares e cuidadores;
 - Políticas e processos relacionados à transferência de pacientes.

Os programas educacionais para pacientes, familiares ou cuidadores, devem respeitar as necessidades e conhecimentos individuais, incluindo e fornecendo informações sobre (**Nível de evidencia III**):

- Fatores de risco associados ao desenvolvimento das UP;
- Estratégias para prevenção das UP;
- Áreas de risco para o desenvolvimento das UP;
- Como cuidar da pele e como reconhecer sinais de alterações da pele;
- Métodos de alívio e redução de pressão;
- Recursos disponíveis na comunidade ou na instituição para auxílio e assistência, se forem necessários;
- Enfatizar a necessidade de procurar avaliação de profissionais de saúde quando notados sinais de dano à pele.

Resultados Esperados

- Monitorar os fatores de risco relacionados às UP;
- Identificação precoce dos indivíduos de risco e alterações cutâneas;
- Implementação das medidas de prevenção;
- Monitorar e reduzir o desenvolvimento das UP;
- Minimizar a evolução das UP para os estágios II, III, IV, não estadiável e suspeita de lesão profunda.

Referência Bibliográfica

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. No. CD006471. DOI: 10.1002/14651858.CD006471.pub3
2. Benbow, M et al. **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 online: URL: http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=12262&nbr=006346&string=pressure+AND+ulcer
5. National Pressure Ulcer Advisory Panel and European Pressure Ulcer Advisory Panel. **Prevention and treatment of pressure ulcers: clinical practice guideline.** Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.
6. American Medical Directors Association. **Pressure Ulcers in Long-Term Care Setting Clinical Guideline.** Columbia, MD: AMDA 2008.
7. National Pressure Ulcer Advisory Panel. **Pressure Ulcer Stages Revised by NPUAP [online];** 2007. Disponível online: URL: <http://www.npuap.org/pr2.htm>
8. **Preventing pressure ulcers and skin tears. In: Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice [online].** National Guideline Clearinghouse. December 2009. Disponível online: URL: http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=12262&nbr=006346&string=pressure+AND+ulcer
9. Royal College of Nursing and National Institute for Health and Clinical Excellence. **The management of pressure ulcers in primary and secondary care. A Clinical Practice Guideline [online].** 20 Cavendish Square London W1G 0RN: 2005. Disponível online: URL: <http://guidance.nice.org.uk/CG29/Guidance/pdf/English>
10. Virani, T et al. **Risk Assessment and Prevention of Pressure Ulcers.** RAO, Toronto: 2005.
11. BORGES, E. L. et al. **Feridas: como tratar.** Belo Horizonte: Coopmed, 2001.
12. ROSSETTO, C. E; ROSSETTO, M. A. C. C. **ABC Simplificado da Enfermagem.** São Paulo: Pancaste, 2001.
13. Joint Commission Research. **Clinical Care Improvement Strategies: Preventing Pressure Ulcer.** USA: 2009.
14. DEALEY, C. **Cuidando de Feridas: Um Guia para as Enfermeiras.** 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2001.
15. BATES, Barbara. **Propedêutica Médica.** 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
16. Yamada, Beatriz F. Alves. O processo de limpeza. In: Jorge, AS; Dantas SRPE. **Abordagem Multiprofissional do Tratamento de Feridas.** São Paulo: Atheneu Editora, 2003.

17. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Parecer COREN-SP CAT Nº 013/2009. Assunto: Realização de desbridamento pelo Enfermeiro. Disponível em: <http://inter.coren-sp.gov.br/node/230>