



Indicadores de Segurança do Paciente – Clínico

Percentual de pacientes submetidos à avaliação de risco para úlcera por pressão (UPP) na admissão	Título
Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão (Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz).	Fonte
Número de pacientes submetidos à avaliação de risco para úlcera por pressão (UPP) na admissão usando a escala de Braden ou Braden Q, dividido pelo número de pacientes internados no hospital, vezes 100.	Definição
Processo	Nível Informação
Segurança	Dimensão da Qualidade
Número de pacientes submetidos à avaliação de risco para úlcera por pressão (UPP) na admissão usando a escala de Braden ou Braden Q.	Numerador
Número de pacientes internados no hospital.	Denominador
<p>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 esclarecido (6).</p> <p>2. Cisalhamento: deformação que sofre um corpo quando sujeito à ação de forças cortantes (8).</p> <p>3. Estadiamento de UPP: classificação da UPP, que auxilia na descrição clínica da profundidade observável de destruição tecidual (5).</p> <p>Estágio I: eritema não branqueável (6): 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”.</p> <p>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</p>	Definição de Termos



<p>estágio não devem ser confundidas com fissuras de pele, queimaduras por abrasão, dermatite associada à incontinência, maceração ou escoriações.</p> <p>Estágio III: Perda total da espessura da pele (6). 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.</p> <p>Estágio IV: Perda total da espessura dos tecidos (6). 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 cavidades 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.</p> <p>Outros estágios (6): 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.</p> <p>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.</p>	
<p>Uma das consequências mais comuns, resultante de longa permanência em</p>	<p>Racionalida</p>



<p>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.</p> <p>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 <i>National Pressure Ulcer Advisory Panel</i> (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 hospital (2). 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% 930 (3).</p> <p>A avaliação de admissão dos pacientes apresenta dois componentes:</p> <ol style="list-style-type: none">1. A avaliação do risco de desenvolvimento de UPP e;2. A avaliação da pele para detectar a existência de UPP ou lesões de pele já instaladas. <p>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:</p> <ol style="list-style-type: none">a) mobilidade;b) incontinência;c) déficit sensitivo e;d) estado nutricional (incluindo desidratação). <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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</p>	de
--	----



<p>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(9). 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.</p>	
	Ajuste de Risco
	Estratificação
	Interpretação
Prontuários dos pacientes	Fonte de Dados
<ol style="list-style-type: none">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: http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=12262&nbr=006346&string=pressure+AND+ulcer6. 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	Bibliografia



<p>Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel;2009.</p> <p>8. WOCN Society Position Statement: Pressure Ulcer Staging, 2011. Acessado em 26/3/13 http://c.ymcdn.com/sites/www.wocn.org/resource/collection/E3050C1AFBF0-44ED-B28B-C41E24551CCC/Position_Statement_-_Pressure_Ulcer_Staging_(2011).pdf</p> <p>9. Rycroft-Malone, J and McInness, E(2000) Pressure ulcer risk assessment and prevention. Technical Report. RCN: London</p> <p>10. American Medical Directors Association. Pressure Ulcers in Long-Term Care Setting Clinical Guideline. Columbia, MD: AMDA 2008.</p> <p>11. National Pressure Ulcer Advisory Panel. Pressure Ulcer Stages Revised by NPUAP [on-line]; 2007. Disponível em : http://www.npuap.org/pr2.htm</p> <p>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</p> <p>13. Virani, T et al. Risk Assessment and Prevention of Pressure Ulcers. RNAO, Toronto: 2005.</p> <p>14. Ferreira, ABH. Novo Aurélio. 1999. Editora Nova Fronteira</p> <p>15. Brasil. Portaria N. 1,377, de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Disponível em: http://proqualis.net/blog/archives/3484/43</p> <p>16. RIO DE JANEIRO. Proqualis. Ministério da Saúde. Segurança do Paciente /Experiências Brasileiras/Prevenção de Úlcera por Pressão. 2012. Disponível em: http://proqualis.net/ulcera/. Acesso em: 06 dez. 2013.</p>	
---	--