

Indicadores de Segurança do Paciente – Clínico

Incidência de úlcera por pressão (UPP)
Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão (Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz).
Número de casos novos de pacientes com UPP em um determinado período, dividido pelo número de pessoas expostas ao risco de adquirir UPP (pacientes internados) no período, vezes 100.
Resultado
Segurança
Número de casos novos de pacientes com UPP.
Número de pessoas expostas ao risco de adquirir UPP (pacientes internados).
<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 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</p>



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 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.

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.

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.

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 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% (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 ano (5).

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.

Prontuários dos pacientes

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+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.yimcdn.com/sites/www.wocn.org/resource/collection/E3050C1AFBF0-44ED-B28B-C41E24551CCC/Position_Statement_-_Pressure_Ulcer_Staging_\(2011\).pdf](http://c.yimcdn.com/sites/www.wocn.org/resource/collection/E3050C1AFBF0-44ED-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. RAO, Toronto: 2005.

14. Ferreira, ABH. Novo Aurélio.1999. Editora Nova Fronteira

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>

16. SCARLATTI, Kelly Cristina, et al. Úlcera por pressão em pacientes submetidos à cirurgia: incidência e fatores associados. Rev Esc Enferm: USP,2011; 45(6):1372-9.

17. GOMES, Flávia S. L, et al. Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. Rev Esc Enferm USP, 2011; 45(2):313-18.

18. LIMA, Angela C. B.; GUERRA, Diana M,. Avaliação do custo do tratamento de úlceras por pressão em pacientes hospitalizados usando curativos industrializados. Ciênc. Saúde Coletiva vol.16 no.1. Rio de Janeiro Jan. 2011.

19. CARNEIRO, Geisa A.; LEITE, Rita de Cássia B. de O. Lesões de pele no intra-operatório de cirurgia cardíaca: incidência e caracterização. Rev Esc Enferm USP, 2011; 45(3):611-6.