



Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P.

# Úlceras de Pressão

Atuação na Prevenção e Tratamento

2017



## ÍNDICE

0- INTRODUÇÃO.....	3
1- DEFINIÇÃO DE ÚLCERA DE PRESSÃO.....	5
2 – FACTORES DE RISCO.....	7
2.1 – AVALIAÇÃO DO RISCO.....	9
2.1.1 – Escalas de Estratificação.....	9
3 - AVALIAÇÃO DAS ÚLCERAS DE PRESSÃO.....	10
3.1-ESTADIAMENTO.....	10
4 – TRATAMENTO DAS ÚLCERAS DE PRESSÃO.....	20
5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	21
ANEXO I – ESCALA DE BRADEN (AVALIAÇÃO DO RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO NO ADULTO).....	23
ANEXO II – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA PELE.....	28
ANEXO III – ORGANIGRAMA PARA PREVENÇÃO DAS UP.....	29

## SIGLAS E ABREVIATURAS

UP - Úlceras de pressão

CHA – Centro Hospitalar do Algarve

ARS - Administração Regional de Saúde

GTF – Grupo Técnico de Feridas

EPUAP - European Pressure Ulcer Advisory Panel

NPUAP – National Pressure Ulcer Advisory Panel

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

## 0- INTRODUÇÃO

As Úlceras de pressão são uma importante causa de morbidade e mortalidade, prejudicando de forma significativa, não só a qualidade de vida dos doentes, mas também a dos seus cuidadores, para além de constituir uma enorme sobrecarga económica para os serviços de saúde.

Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão é um dos objetivos estratégicos do Plano Nacional de Segurança para o doente 2015-2020, o que per si é motivo suficiente para motivar a nossa instituição a desenvolver estratégias que assegurem a melhoria contínua destas práticas.

Pensa-se que, apesar da evolução significativa dos cuidados de saúde na nossa região, a prevalência de úlceras de pressão (UP) continua elevada, principalmente nos doentes acamados.

Em doentes com longos períodos de imobilidade, na grande maioria das vezes, o aparecimento de úlceras de pressão, está associado a vários fatores nomeadamente a não identificação do risco e a não alternância adequada de decúbito. A Direção Geral da Saúde na orientação n.º 017/2011 de 9/5/11, refere que *“as úlceras de pressão, são um problema de saúde pública e um indicador da qualidade dos cuidados prestados ... estima-se que cerca de 95% das úlceras de pressão são evitáveis através da identificação precoce do grau de risco”*. Ainda no mesmo documento é referido que *“o registo e a caracterização das úlceras de pressão são fundamentais para a monitorização adequada dos cuidados prestados aos doentes, uma vez que permitem estabelecer correctamente medidas de tratamento e melhorias nos cuidados aos doentes.”*

É objetivo deste documento, contribuir para que os profissionais da ARS Algarve I.P., consigam melhorar este importante indicador de qualidade.

As recomendações descritas foram concensualizadas por todos os membros do GTF e pretendem ser um instrumento importante de apoio à prática clínica diária. Abrangem importantes recomendações internacionais na abordagem desta problemática, orientando de uma forma muito simples, sintética e de fácil consulta, a prevenção,

diagnóstico e tratamento das UP, fundamentadas segundo as evidências actuais.

## **1– DEFINIÇÃO DE ÚLCERA DE PRESSÃO**

De acordo com a European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), UP “*é uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de cisalhamento.*”

Localizações mais frequentes: isquiática (24%), sacrococcígea (23%), trocantérica (15%), e calcânea (8%). Outras localizações incluem maléolos laterais (7%), cotovelos (3%), região occipital (1%), e região escapular. (J. A. Rocha *et al*, 2006).

Podem classificar-se por categorias,

**Categoria I** – Presença de eritema cutâneo que não desaparece ao fim de 15 min de alívio da pressão. Apesar da integridade cutânea, já não está presente resposta capilar.

**Categoria II** – A derme, epiderme ou ambas estão destruídas. Podem observar-se flictenas e escoriações.

**Categoria III** – Ausência da pele, com lesão ou necrose do tecido subcutâneo, sem atingir a fáscia muscular.

**Categoria IV** – Ausência total da pele com necrose do tecido subcutâneo ou lesão do músculo, osso ou estruturas de suporte (tendão, cápsula articular).

**Não graduáveis/Inclassificáveis** – De profundidade indeterminada.

Perda total da espessura dos tecidos, na qual a base da úlcera está coberta por tecido desvitalizado e/ou necrótico no leito da ferida.

**Suspeita de lesão nos tecidos profundos:** De profundidade Indeterminada

Área vermelha escura ou púrpura localizada em pele intacta e descolorada ou flictena preenchida com sangue.

Na presença de tecido necrosado, a classificação correta da úlcera pode estar condicionada à remoção deste.

**Nas categorias III e IV podem apresentar-se lesões com trajectos sinuosos.**

## **2 – FACTORES DE RISCO**

A suscetibilidade individual para o desenvolvimento de UP depende da atuação de fatores extrínsecos que se conjugam com alterações da perfusão tecidual resultante de fatores intrínsecos. (Quadro I).

7

Sendo a **pressão**, um dos factores extrínsecos mais relevantes, importa recordar:

- » **A aplicação direta de pressão sobre a pele e tecidos moles, superior à pressão de encerramento dos capilares (16-33 mm Hg), provoca hipóxia e se a pressão se mantiver, resulta em anóxia tecidual;**
- » **Um doente acamado com zonas cutâneas sujeitas a uma pressão de 20 mm Hg por um período superior a 2 horas, com fatores intrínsecos associados, pode desencadear uma situação de isquemia grave;**
- » **A pressão e o tempo a que os tecidos estão sujeitos à mesma, são fatores determinantes no aparecimento de lesões;**
- » **As proeminências ósseas são o local preferencial para o aparecimento das lesões por aumentarem a pressão direta nos tecidos moles;**
- » **As feridas nas proeminências ósseas assumem uma forma de cone invertido, ou seja, a ulceração inicia-se junto ao osso e progride até à superfície, no sentido da aplicação da pressão;**
- » **Quando a pressão é aplicada longitudinalmente, surge uma úlcera de pressão com características diferentes. A extensão é maior à superfície e menor em profundidade.**



## Quadro I- Fatores intrínsecos e extrínsecos associados ao desenvolvimento de UP

FATORES EXTRINSECOS	FATORES INTRINSECOS
<p><b>Pressão (factor mais importante)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Excede a pressão de perfusão tecidual (32mmHg)</li> <li>» Menor tolerância a períodos prolongados de pressão</li> <li>» Dependente da intensidade e duração, e da área de superfície sobre a qual atua</li> </ul>	<p><b>Imobilidade</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Lesões medulares (níveis altos e lesões completas), encefálicas, e pós-operatório principalmente de cirurgia ortopédica e cardiotorácica</li> </ul>
<p><b>Forças de tracção</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Deslocamento do corpo sobre a pele fixa a superfície externa</li> <li>» Angulação e trombose dos vasos na transição dermo-epidérmica</li> <li>» Risco: cabeça elevada acima 30° (área sacrococcígea), transferências mal executadas (arrastar o doente e não elevá-lo)</li> </ul>	<p><b>Alterações da sensibilidade</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Lesões neurológicas (polineuropatias, lesões medulares)</li> </ul>
<p><b>Forças de fricção</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Resulta do atrito entre duas superfícies</li> <li>» Lesão epidérmica (stratum corneum)</li> <li>» Resultam de transferências mal executadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» <b>Incontinência urinária e/ou fecal</b></li> </ul>
<p><b>Maceração/Humidade excessiva</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Alteração mecânica e química (pH), com aumento da susceptibilidade à lesão provocada pelos outros factores</li> <li>» Causas: incontinência urinária e/ou fecal, sudorese, secreções respiratórias, vômito, exsudação de úlcera</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» <b>Alterações do estado de consciência</b></li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>» <b>Idade (&lt;5 e &gt;65 anos de idade), sexo masculino</b></li> </ul>
	<p><b>Má perfusão/oxigenação tecidual</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Doença vascular, anemia, DPCO, fármacos, vaso pressores, tabagismo, diabetes mellitus, nefropatia, septicémia</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>» <b>Estado nutricional</b></li> </ul> <p>Marcadores: diminuição do peso corporal (&gt; 10%), linfopenia (&lt;1800/mm<sup>3</sup>), hipoalbuminemia (&lt;3,5mg/dL), hipoproteinemia (&lt;6,4g/dL)</p>

## 2.1 – AVALIAÇÃO DO RISCO

Objectivo: Identificar o doente em risco de desenvolver UP e adoptar medidas preventivas

**A avaliação global do risco deve incluir:**

- i. Avaliação clínica global incluindo o grau de mobilidade, incontinência urinária/fecal, alterações da sensibilidade, alterações do estado de consciência, doença vascular e estado nutricional.
- ii. Inspeção periódica da pele em áreas de risco ou de úlceras prévias: ensino ao doente (se necessário usando espelho) e familiares.

A avaliação do risco de desenvolver UP deverá ser efectuada nas primeiras seis horas após a admissão, ou no caso dos utentes em cuidados em domiciliários (ECCI), aquando do primeiro contacto (o mais precoce possível) com reavaliação às 48 horas. A periodicidade das reavaliações seguintes depende do risco inicial e das alterações subsequentes no estado clínico do utente.

### 2.1.1 – Escalas de Estratificação

As escalas de estratificação do risco devem ser usadas como complemento e não em substituição da avaliação clínica. **A escala de Braden, validada para Portugal, é a recomendada pela DGS, segundo a orientação nº 017/2011 de 9/5/11. (ver anexo I)**

**A escala de Braden faz a avaliação de 6 parâmetros, todos eles de igual importância, a saber: i) percepção sensorial, ii) humidade, iii) atividade, iv) mobilidade, v) nutrição e fricção, vi) forças de deslizamento.**

### 3 - AVALIAÇÃO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO

Esta deverá incluir:

- i. Localização anatômica e estágio (classificação segundo a EUAP, European Pressure Ulcer Advisory Panel)
- ii. Dimensão (comprimento, largura e profundidade);
- iii. Existência de trajetos fistulosos, cavitação;
- iv. Aspetto do leito da úlcera: tecido granulação e necrótico, sinais inflamatórios, exsudado e suas características (quantidade, consistência, odor e coloração);
- v. Aparência da pele circundante.

**(O registo fotográfico a cores, inicial e nas reavaliações é especialmente útil na monitorização da resposta às medidas terapêuticas).**

#### 3.1-ESTADIAMENTO

A classificação da ferida é particularmente importante quando a lesão do tecido é observada pela primeira vez, uma vez que será a referência para avaliação da sua evolução. Existem várias classificações, mas a mais utilizada é a definida pelo European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) - revisto em 2010, que classifica as UP em categorias.

**No entanto é preciso não esquecer: Se o leito da úlcera não for visualizável pela presença de tecido necrótico (escara), não podemos classificá-la até que seja efetuado o desbridamento.**

## São Categorias das úlceras por pressão:

---

### Categoria I: Eritema não branqueável



- i. **Pele intacta com rubor não branqueável numa área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea.**
- ii. **Em pele de pigmentação escura pode não ser visível o branqueamento; a sua cor pode ser diferente da pele em redor.**
- iii. **A área pode estar dolorosa, dura, mole, mais quente ou mais fria comparativamente ao tecido adjacente.**
- iv. **A categoria I pode ser difícil de identificar em indivíduos com tons de pele escuros.**
- v. **Pode ser indicativo de pessoas “em risco”.**

11

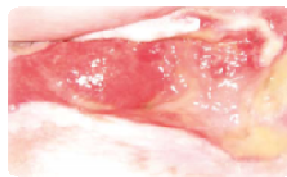
---

### » Categoria II: Perda parcial da espessura da pele



- i. **Perda parcial da espessura da derme, que se apresenta como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelho – rosa sem esfacelo.**
- ii. **Pode também apresentar-se como flitena fechada ou aberta, preenchida por líquido seroso ou sero-hemático.**
- iii. **Apresenta-se como uma úlcera brilhante ou seca, sem crosta ou equimose.**
- iv. **Esta categoria não deve ser usada para descrever fissuras da pele, queimaduras por abrasão, dermatite associada a incontinência, maceração ou escoriações.**
- v. **Equimose (indicador de lesão profunda).**

» **Categoria III: Perda total da espessura da pele**



- i. **Perda total da espessura tecidual.**
- ii. **Pode ser visível o tecido adiposo subcutâneo, mas não estão expostos os ossos, tendões ou músculos.**
- iii. **Pode estar presente algum tecido desvitalizado (fibrina húmida), mas não oculta a profundidade dos tecidos lesados.**
- iv. **Pode incluir lesão cavitária e encapsulamento.**
- v. **A profundidade de uma úlcera de categoria III varia com a localização anatômica.**
- vi. **A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo (adiposo) e uma úlcera de categoria III pode ser superficial.**
- vii. **Em contrapartida, em zonas com tecido adiposo abundante podem desenvolver-se úlceras por pressão de categoria III extremamente profundas. O osso/tendão não são visíveis ou diretamente palpáveis.**

12

» **Categoria IV: Perda total da espessura dos tecidos**



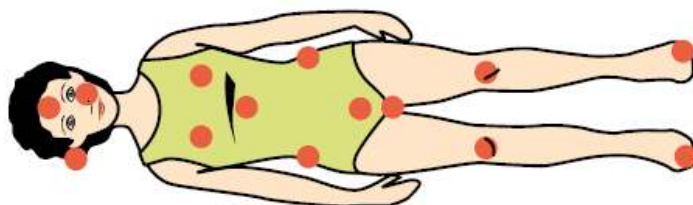
- i. **Perda total da espessura dos tecidos com exposição óssea, dos tendões ou músculos.**
- ii. **Pode estar presente tecido desvitalizado (fibrina húmida) e ou tecido necrótico.**
- iii. **Frequentemente são cavitadas e fistulizadas.**
- iv. **A profundidade de uma úlcera por pressão de categoria IV varia com a localização anatômica.**
- v. **Na asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos estas úlceras podem ser superficiais**
- vi. **Uma úlcera de categoria IV pode atingir músculo e/ou estruturas de suporte (i.e. fáscia, tendão ou cápsula articular) tornando a osteomielite e a osteíte prováveis de acontecer. Existe osso/músculo exposto visível ou diretamente palpável**

#### 4 – PREVENÇÃO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO (ver anexo II)

Qualquer atitude ou programa de prevenção deve iniciar-se pela informação e educação, pelo que os cuidadores, incluindo os informais, assim como o doente devem estar esclarecidos acerca da correlação direta entre a ocorrência das úlceras e a qualidade dos cuidados prestados.

A manutenção da integridade cutânea e a ausência de lesões reflecte mais o trabalho da equipa de cuidadores do que o estado geral do doente.

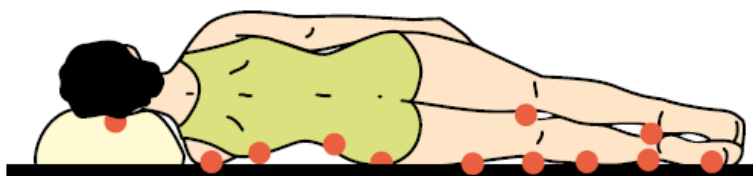
##### Zonas mais suscetíveis de desenvolver UP:



**Figura 1** – Zonas mais suscetíveis em decúbito supino (Adaptado de Grupo de trabalho de úlceras por pressão de la Rioja, 2009)



**Figura 2** – Zonas mais suscetíveis em decúbito dorsal (Adaptado de Grupo de trabalho de úlceras por pressão de la Rioja, 2009)



**Figura 3** – Zonas mais suscetíveis em decúbito lateral (Adaptado de Grupo de trabalho de úlceras por pressão de la Rioja, 2009)



**Figura 4** - Zonas mais suscetíveis na posição sentado (Adaptado de Grupo de trabalho de úlceras por pressão de la Rioja, 2009)

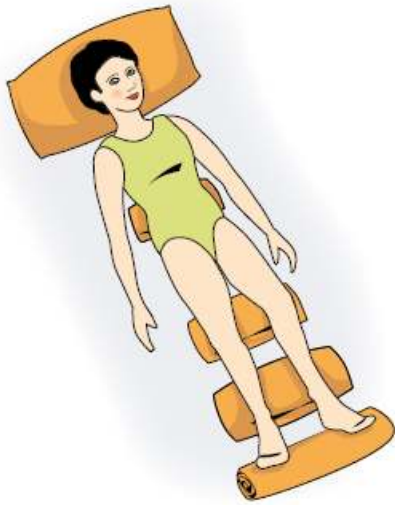
**Alívio da pressão:** É a medida preventiva mais importante. Deve-se estabelecer um esquema de mudanças frequentes de posição da pessoa acamada, acompanhado de cuidados na vigilância da pele para despiste de sinais precoces de isquemia.

**Recomenda-se:** mudança de posição de qualquer doente acamado, cada duas horas, pelo menos até que demonstre tolerância a maiores intervalos (o que pode ser conseguido pelo uso criterioso de acessórios), utilizando um conjunto de técnicas que facilitem os posicionamentos corretos ao doente.

Técnicas de posicionamento dos doentes:

- i. Evitar arrastar o doente – levantar!
- ii. Distribuir o peso do doente no colchão, evitando zonas de pressão.
- iii. Colocar o doente em posições “naturais”. (respeitando o alinhamento corporal).
- iv. Não elevar a parte superior da cama mais que 30-35° quando o doente estiver em posição lateral, de modo a evitar pressão de deslizamento.
- v. O tempo que um doente pode permanecer em qualquer posição, depende dos meios e materiais usados, posição e estado geral.

**Posicionamentos corretos a adotar:**



**Figura 5** - Posicionamento adequado em decúbito dorsal (Adaptado de Grupo de trabalho de úlceras por pressão de la Rioja, 2009).



**Figura 6** - Posicionamento adequado em decúbito supino (Adaptado de Grupo de trabalho de úlceras por pressão de la Rioja, 2009).



**Figura 7**- Posicionamento adequado decúbito lateral (Adaptado de Grupo de trabalho de úlceras por pressão de la Rioja, 2009)



**Figura 8** - Posicionamento adequado na posição sentado (Adaptado de Grupo de trabalho de úlceras por pressão de la Rioja, 2009)



## Material para alívio de pressão

Existem vários materiais e dispositivos que podem ser utilizados na prevenção das UP. Muitos deles também têm indicação de uso no tratamento das mesmas.

Podem, ser classificadas de acordo com a sua natureza estática ou dinâmica.

## Dinâmicas

Caracterizam-se pela variação de pressão através de meios mecânicos, reduzindo a duração da pressão aplicada em pontos diferentes do corpo (LYDER, PINA E GOUVEIA, 2010 *in* Menoita *et al.*, 2012). Procuram redistribuir continuamente a pressão sobre os tecidos que são intermitentemente expostos a alta e baixa pressão (SPRIGLE, 2000 *in* Menoita *et al.*, 2012).

- Colchões ou coberturas (com células de diâmetro igual ou superior a 10 cm);

## Estáticas

Estas reduzem a pressão pela redistribuição da carga sobre uma maior área do equipamento – aumento da superfície de contacto. Estão indicadas para a pessoa com baixo risco de desenvolver UP.

As superfícies de apoio estáticas podem ser constituídas por ar, água, gel sólido, espuma de poliuretano, espuma de poliuretano viscoelástica (*memory-foam*), microcânulas de silicone e polímeros de proteção. Entre os materiais existentes, são de referir:

- Calcanheiras de ar revestidas a poliuretano;
- Colchão de base de espuma de poliuretano;
- Almofada de fibras de poliéster revestidas a poliuretano;
- Superfícies de apoio estáticas de gel sólido

### **Superfícies de apoio controversas**

As organizações EPUAP e NPUAP (2009) aconselham a não usar almofadas tipo argola/donuts, uma vez que causam o desvio da pressão, criando uma área ao redor do perímetro da área central onde a pressão muito é muito elevada. A área que assenta sobre a superfície é sujeita a pressão e distorção muito elevadas com consequente redução do fluxo sanguíneo. O círculo de elevada carga circunda uma área sem carga, aumentando o potencial de combinação da força normal com o cisalhamento e aumento do risco de probabilidade de edema no arco (SPRIGLE, 2000 e BEDDOE e PHARM, 2011, *in* Menoita *et al.*, 2012)

O uso de pele de carneiro sintética não é recomendado pela EPUAP e NPUAP (2009), contudo advertem que a pele de carneiro natural poderá ajudar a prevenir as UP. Já Gouveia e Miguéns, 2009 *in* Menoita *et al.*, 2012) defendem que, não existem evidências que a pele de carneiro reduza a incidência de úlceras ou faculte a redistribuição de pressão. A Royal College of Nursing defende, também, que não devem ser usadas como dispositivos de redistribuição de pressão, considerando-os, apenas, como auxiliar de conforto (WILSON, 2007 *in* Menoita *et al.*). Menoita *et al.* (2012) citando Russel *et al* (2000) avançam, mesmo, que a sua utilização pode desencadear o desenvolvimento de UP.

A escolha da superfície de apoio deverá considerar a relação custo/benefício, tendo presente que todos eles podem ser eficazes, mas que a alternância de decúbitos do doente é obrigatória, qualquer que seja a opção.

#### **Roupa:**

- lençóis moldáveis, sem bordas, lisos
- roupa de tecidos naturais
- têxteis de lã de carneiro (“meias”, resguardos)

#### **Suportes:**

- almofadas
- almofadas e dispositivos especiais para suporte dos pés e cotovelos

**Pensos protetores:**

- dermoprotetores de gel
- películas especiais

Basicamente, na prevenção, a característica mais importante dos materiais utilizados é aliviar e/ou diluir a pressão no corpo, sem causar fricção, estiramento ou “pontos quentes”.








**Nota:** O uso de colchões e almofadas de ar ou gel e outros materiais para proteger proeminências ósseas como calcanhares, cotovelos, trocânteres, etc. não dispensa nunca a mudança e alternância de decúbito que é a medida mais eficaz na prevenção das U.P.

Para além das intervenções referidas, existem outras a ter em conta na prevenção das UP:

- Avaliação da Integridade Cutânea**, através da inspeção diária da pele.
- Higiene da Pele:** deve fazer parte do plano de cuidados e deve incluir
  - Aplicação de hidratantes,
  - Crems barreira e
  - Produtos de limpeza suaves.
- Manter uma Temperatura estável**, através de
  - Uso de roupas de fibras naturais (da cama e de vestir).
  - Manter a roupa limpa, seca e
  - Evitar o contacto com superfícies plastificadas.
- Reduzir pressão, eliminar fricção e deslizamento**, através de
  - Reposicionamento frequentemente
  - Elaboração de um plano escrito com frequência e tipo de posicionamento.
  - Meios de apoio para diminuir a pressão nas proeminências ósseas.
  - Não elevar a cabeceira da cama mais de 30°, de forma a evitar a pressão na região sagrada.

- e. Utilização de almofadas de ar, água ou gel (principalmente nas pessoas em cadeiras), colchões de alívio de pressão.
  - f. Escolha superfícies de apoio apropriadas, em função do grau de risco, conforto, necessidades críticas, avaliação da pele, disponibilidade da instituição/localização.
- v. **Otimizar o estado Nutricional**, assegurando a ingestão de líquidos, mantendo uma dieta equilibrada:
- a. As necessidades hídricas são de aproximadamente de 30 cc de água dia/kg. As necessidades nutricionais são de 30 a 35 kcal por Kg/dia
  - b. As necessidades proteicas são de 1.5 a 2 gr dia/kg. Igualmente importante é fornecer legumes ricos em fibras e vitaminas. Referenciar para Dietista sempre que indicado.
- vi. **Gestão da incontinência**,
- a. Identificar a causa e procurar controlá-la.
  - b. Evitar contacto prolongado com fluidos orgânicos.

### Guia de Orientação no tratamento local das Úlceras por Pressão

Geral		Avaliação do estado geral do paciente. Etiologia da ferida. Tratar problema de base (Melhorar oxigenação, Corrigir insuficiência vascular, Controlar diabetes, hipertensão, Corrigir desequilíbrio: eletrólitos e nutrição, Corrigir fatores de risco, rever as medicações). Identificar a causa e os fatores que afetam a cicatrização)				
Local	Observação clinica	Objetivo	Ações	Material	Resultados	
		Tecido não viável (necrose, fibrina)	Criar uma Matriz extracelular intacta e funcional e diminuir detritos celulares que atrasam a cicatrização	Desbridamento: Cirúrgico, mecânico, autolítico, enzimático	- Colagenase (enzimático) - Hidrogel, Poliacrilatos, hidrocoloides (autolítico)	Base com tecido viável
		Infeção	Diminuir a carga bacteriana	Usar antimicrobianos tópicos e/ou sistémicos	Pensos com: - Prata - Iodo - Mel - Polihexamida	Equilíbrio da carga bacteriana e diminuição da inflamação
		Com odor	Diminuir o nº de moléculas responsáveis pelo odor das feridas	Controlar possível infeção. Controlar possível excesso de exsudado. Usar pensos com capacidade para absorver as moléculas responsáveis pelo odor das feridas	Pensos de carvão ativado e penso secundário de acordo com a quantidade de exsudado	
		Humidade/ exsudado	Hidratar- a desidratação atrasa a migração das células epiteliais / Retirar o excesso de fluidos do leito da ferida -causam a maceração das margens ou do leito	Utilizar pensos com capacidade de equilibrar/controlar a humidade. Pensar em infeção no caso de aumento de exsudado	- Alginatos - Carboximetilcelulose - Espumas	Equilíbrio da humidade
		Margens que não avançam ou que não migram	Inverter o processo que forma margens epidérmicas e hipertróficas, células de granulação alteradas fenotipicamente.	Reavaliar a Causa. Referenciar ou considerar medidas corretivas, enxertos, cirurgia vascular		Tecido de granulação saudável e margens com tecido epitelial
		Com tecido de granulação	Proteger e manter as boas condições de granulação	Limpeza cuidadosa para não traumatizar os novos tecidos. Utilizar pensos com capacidade de equilibrar a humidade, que não deixe resíduos	- Alginatos - Carboximetilcelulose - Espumas - Hidrocoloides	Tecido de granulação saudável e migração das margens
		Com tecido de epitelização	Promover a proliferação e maturação de células epiteliais e proteção dos novos tecidos		- Compressa não aderente (penso primário) - Espumas - Películas	Maturação das células epiteliais

Existem muitos pensos disponíveis para tratamento de feridas, a decisão deve recair num penso cujo mecanismo de ação esteja de acordo com as necessidades da ferida e objetivo de tratamento. A substituição do penso relaciona-se com o tempo previsto de atividade terapêutica e com a sua capacidade de gestão do exsudado. É fundamental que todos os profissionais tenham um perfeito conhecimento do material de penso que têm ao seu dispor. Sendo sua a responsabilidade de atualização deste conhecimento, de forma continuada.

## 5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS/BIBLIOGRAFIA

- » Direção Geral da Saúde (2011) – Orientação 017/2011
- » European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel – **Treatment of pressure ulcers: Quick Reference**. Guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009
- » 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; 2010.
- » Grupo de trabalho de úlceras de pressão (UPP) de La Rioja. **Guia para la prevencion, diagnóstico y tratamiento de las úlceras por presion**. Logrono: Conserjeria de Salud de la Rioja;2009
- » J. A. Rocha; M. J. Miranda; M. J. Andrade. **Abordagem terapêutica das úlceras por pressão - intervenções baseadas na Evidência**. (2006). *Ata Medica Porto* 19:29-38
- » Menoita, E., Gomes, C., Pinto S. C., Testas; C. Santos, V., Cordeiro C. (2012) – Superfícies de apoio na prevenção das úlceras de pressão - *Jornal of aging and innovation* consultado na página <http://journalofagingandinnovation.org/volume-1-numero-4-2012/superficies-de-apoio/> a 25 de Julho 2013
- » National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. **Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide**. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2014.
- » Pina, Elaine; Gouveia, João; Pedro, Ana; Miguéns; Cristina; Lyder, Courtney; Braden, Barbara; Mendes, Diana; Costa, Vânia. (2010). **Prevenção das Úlceras de Pressão: Prática Baseada na Evidencia**. GAIF
- » Rocha, M. J; Cunha, E. P; Dinis, A P; Coelho, C. (2006) **Feridas. Uma Arte Secular. Avanços Tecnológicos no Tratamento de Feridas**. Coimbra. Minerva
- » Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. **Rede nacional de Cuidados continuados Integrados. Úlceras de Pressão, Prevenção. Orientações de abordagem em Cuidados Continuados integrados**, 2007.
- » <http://forumenfermagem.org/forum/index.php?topic=7982.>, página consultada a 25Junho 2013
- » <http://www.ulceras.net/monograficos/ulcPresion07.htm>, página consultada no dia 23 de Julho 2013

# ANEXOS

## Anexo I – Escala de Braden (avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão no adulto)

Nome do doente _____ Cama _____ Data de nascimento ___/___/___					
Nome do avaliador _____ Data da avaliação ___/___/___					
subescalas	Valor a atribuir = 1	Valor a atribuir = 2	Valor a atribuir = 3	Valor a atribuir = 4	Pontos
<b>PERCEPÇÃO SENSORIAL</b>  Capacidade de reacção significativa ao desconforto	<b>1. Completamente limitada:</b>  Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação,  <b>OU</b> capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	<b>2. Muito limitada:</b>  Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação,  <b>OU</b> tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	<b>3. Ligeiramente limitada:</b>  Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição,  <b>OU</b> em alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	<b>4. Nenhuma limitação:</b>  Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.	
<b>HUMIDADE</b>  Nível de exposição da pele à humidade	<b>1. Pele constantemente húmida:</b>  A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	<b>2. Pele muito húmida:</b>  A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	<b>3. Pele ocasionalmente húmida:</b>  A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	<b>4. Pele raramente húmida:</b>  A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.	
<b>ACTIVIDADE</b>  Nível de actividade física	<b>1. Acamado:</b>  O doente está confinado à cama.	<b>2. Sentado:</b>  Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	<b>3. Anda ocasionalmente:</b>  Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	<b>4. Anda frequentemente:</b>  Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.	



<b>MOBILIDADE</b> Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	<b>1. Completamente imobilizado:</b> Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	<b>2. Muito limitada:</b> Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	<b>3. Ligeiramente limitado:</b> Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda	<b>4. Nenhuma limitação:</b> Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.	
<b>NUTRIÇÃO</b> Alimentação habitual	<b>1. Muito pobre:</b> Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios).  Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido  <b>OU</b> está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.	<b>2. Provavelmente inadequada:</b> Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético  <b>OU</b> recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	<b>3. Adequada:</b> Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido,  <b>OU</b> é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	<b>4. Excelente:</b> Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.	
<b>FRICÇÃO E FORÇAS DE DESLIZAMENTO</b>	<b>1. Problema:</b> Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	<b>2. Problema potencial:</b> Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente	<b>3. Nenhum problema:</b> Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição.  Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.		
<b>Pontuação total</b>					

## Operacionalização da Escala de Braden

1. A Escala de Braden é constituída por seis subescalas.

a) As subescalas têm como objetivo a avaliação das seguintes dimensões: Percepção sensorial, Humidade da pele, Atividade, Mobilidade, Nutrição, Fricção e Forças de Deslizamento;

b) O valor atribuído a cada subescala varia entre 1 e 4 (o menor valor corresponde a um maior risco de desenvolvimento de úlcera de pressão);

c) O valor obtido através do somatório dos valores atribuídos a cada subescala varia entre 6 e 23.

2. Paralelamente à aplicação da Escala de Braden ou Braden Q, é avaliado o estado da pele através do instrumento de avaliação da pele (Anexo II).

3. Devem ser considerados os seguintes níveis de risco:

a) Alto risco

(i) Existência de alto risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, por um ou mais que um fator de risco. Deve ser avaliado de acordo com os prazos estipulados anteriormente.

(ii) Recomenda-se que cada uma das subescalas deva ser analisada individualmente, com a finalidade de implementar intervenções preventivas para cada uma.

b) Baixo risco

(i) Baixa probabilidade de desenvolvimento de úlceras de pressão nos *scores* de fatores de risco - deverá manter-se uma vigilância de acordo com o indicado anteriormente. O facto de estar categorizado como de baixo risco de desenvolvimento de úlceras de pressão não significa que não esteja em risco.

(ii) O juízo clínico do profissional deve fazer sempre parte desta avaliação.

4. Deve ser feita a avaliação do estado da pele:

a) As características e tipo de alterações relacionadas com a integridade cutânea, devem ser avaliadas com o instrumento da avaliação da pele (Anexo II).

b) As úlceras de pressão são classificadas segundo o Sistema de Classificação da *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) / *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP)<sup>5</sup> (Anexo V).

c) Este sistema de classificação encontra-se disponível para consulta, nas versões portuguesas, no site da Direção-Geral da Saúde e das sociedades científicas nacionais. Os originais encontram-se disponíveis nos sites da EPUAP e NPUAP.

d) Recomenda-se que a avaliação do estado da pele seja realizada durante os cuidados de higiene ou conforto à pele.

5. Devem existir protocolos preventivos, de acordo com a realidade institucional:

a) Os protocolos devem ser elaborados por nível de risco ou por subescala afetada.

b) É recomendável que, os mesmos, sejam adequados aos *scores* mais baixos por cada subescala.

6. Deve ser feita educação das pessoas em risco de desenvolvimento de úlceras de pressão e da família/cuidador:

a) A educação das pessoas com risco de desenvolvimento de úlceras de pressão e dos familiares/cuidadores, no que se refere aos cuidados a ter com a prevenção das úlceras de pressão, é prioritária para se reduzir não apenas o aparecimento de novos casos como a gravidade do quadro clínico.

b) Deve ser elaborado um manual de apoio ao cuidador/família, de forma a ser dada continuidade a cuidados e ensinamentos previamente estabelecidos e implementados.

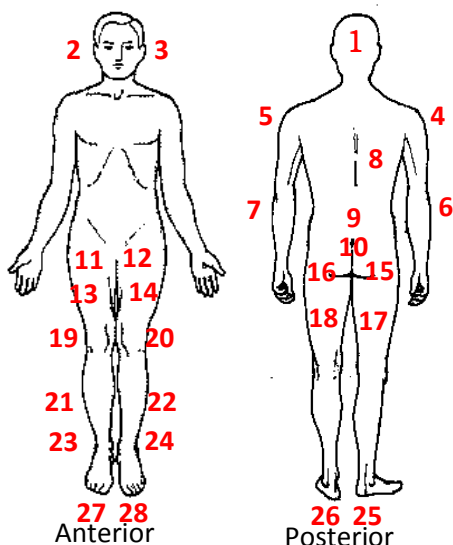
## Anexo II – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA PELE

Nome \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ Serviço \_\_\_\_\_

Data da observação \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Condição da pele

Local avaliado*	Tamanho	Profundidade	Estádio
1. Região occipital	_____	_____	_____
2. Orelha direita	_____	_____	_____
3. Orelha esquerda	_____	_____	_____
4. Escapular direita	_____	_____	_____
5. Escapular esquerda	_____	_____	_____
6. Cotovelo direito	_____	_____	_____
7. Cotovelo esquerdo	_____	_____	_____
8. Zona vertebral	_____	_____	_____
9. Sacrum	_____	_____	_____
10. Cóccix	_____	_____	_____
11. Crista ilíaca direita	_____	_____	_____
12. Crista ilíaca esquerda	_____	_____	_____
13. Trocanter direito	_____	_____	_____
14. Trocanter esquerdo	_____	_____	_____
15. Tuberosidade isquiática direita	_____	_____	_____
16. Tuberosidade isquiática	_____	_____	_____
17. Anca direita	_____	_____	_____
18. Anca esquerda	_____	_____	_____
19. Joelho direito	_____	_____	_____
20. Joelho esquerdo	_____	_____	_____
21. 1/3 inferior da perna direita	_____	_____	_____
22. 1/3 inferior da perna esquerda	_____	_____	_____
23. Maléolos do pé direito	_____	_____	_____
24. Maléolos do pé esquerdo	_____	_____	_____
25. Calcâneo direito	_____	_____	_____
26. Calcâneo esquerdo	_____	_____	_____
27. Dedos do pé direito	_____	_____	_____
28. Dedos do pé esquerdo	_____	_____	_____
29. Outro (especificar)	_____	_____	_____



**Categoria I – ERITEMA NÃO BRANQUEÁVEL EM PELE INTACTA.** Descoloração da pele, calor, edema ou endurecimento também podem ser indicadores, articularmente em indivíduos de pele escura.

**Categoria II – PERDA PARCIAL DA INTEGRIDADE DA PELE,** envolvendo epiderme, derme ou ambas. A úlcera é superficial e clinicamente apresenta-se como abrasão ou flictena.

**Categoria III – PERDA DA ESPESSURA TOTAL DA PELE,** podendo incluir lesões ou mesmo necrose do tecido subcutâneo com extensão até a fascia subjacente, mas sem atingir totalmente. Úlcera superficial

**Categoria IV – EXTENSA DESTRUIÇÃO DO TECIDO** ou envolvendo o músculo, ossos, ou estruturas de apoio com ou sem perda de espessura total da pele. Úlcera profunda ou necrose.



# Prevenção de Úlcera por Pressão

## Avaliação do Risco de Desenvolvimento de Úlcera por Pressão



## Intervenções de Prevenção

- \***Avaliação da Integridade Cutânea**, através da inspeção diária da pele
- \***Higiene da Pele**, deve fazer parte do plano de cuidados e deve incluir a aplicação de hidratantes, cremes barreira e produtos de limpeza suaves
- \***Manter uma Temperatura estável**, através de uso de roupas de fibras naturais (da cama e de vestir). Manter a roupa limpa, seca e sem rugas e evitar o contacto com superfícies plásticas
- \***Reduzir pressão, eliminar fricção e deslizamento**, reposicionar frequentemente. Elaborar um plano escrito com frequência e tipo. Meios de apoio para diminuir a pressão nas proeminências ósseas. Não elevar a cabeceira da cama, de forma a evitar a pressão na região sagrada. Utilizar almofadas de ar, água ou gel (principalmente nos pacientes em cadeiras), colchões de alívio de pressão. Escolher superfícies de apoio apropriadas, em função do grau de risco, conforto, necessidades críticas, avaliação da pele, disponibilidade da instituição/localização
- \***Otimizar o estado Nutricional**, assegurando a ingestão de líquidos e mantendo uma dieta equilibrada. As necessidades hídricas são de aproximadamente de 30 cc de água dia/kg. As necessidades nutricionais são de 30 a 35 kcal por Kg/dia enquanto as necessidades proteicas são de 1.5 a 2 gr dia/kg. Igualmente importante é fornecer legumes ricos em fibras e vitaminas. Referenciar para Dietista sempre que indicado
- \***Gestão da incontinência**, Identificar a causa e procurar controlá-la. Evitar contacto prolongado com fluidos orgânicos.
- Promover a mobilidade**, mobilizar quando apropriado, estimular a dorsiflexão da articulação dorso-plantar, solicitar apoio de fisioterapia ou terapeuta ocupacional

### Pressão:

- Diminuição da mobilidade/ Diminuição da atividade

### Tolerância dos tecidos: (pele):

#### Fatores Extrínsecos

\*Aumento de humidade

\*Aumento da fricção

\*Aumento das forças de deslizamento

#### Fatores Intrínsecos

\*Carências nutricionais

\*Idade

\* Outros: \*Tabagismo, Diminuição da percepção sensorial

**A evidência sugere que, a conjugação destes elementos com programas educacionais e criação de protocolos de cuidados nas equipas, reduzem significativamente a incidência das úlceras**