

Prevenção de Úlceras de Pressão

Guia de Consulta Rápido



Introdução

Este Guia de consulta rápido sumariza as linhas de orientação baseadas na evidência para a Prevenção e Tratamento das Úlceras de Pressão. Foi desenvolvido ao longo de quatro anos de colaboração entre o European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) e a American National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). A versão mais alargada das linhas de orientação da prática clínica fornece uma análise detalhada e discussão da pesquisa existente, avaliação crítica dos pressupostos e conhecimentos da área, a descrição da metodologia usada para desenvolver as directrizes e, ainda, agradecimentos aos editores, autores e outros colaboradores. Este guia de referência rápido contém excertos das Directrizes da Prática Clínica, mas os seus utilizadores não devem usá-lo de forma isolada.

As cópias impressas da versão inglesa de ambos os documentos estão disponíveis através do Website da NPUAP (www.npuap.org). O Guia de consulta rápido foi traduzido para diversas línguas e está disponível no website de EPUAP (www.epuap.org).

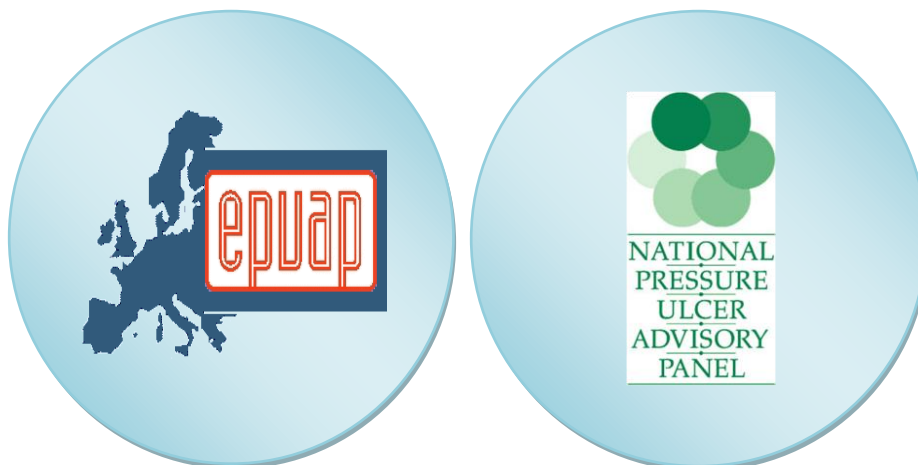
O objectivo desta colaboração internacional foi o de desenvolver recomendações baseadas na evidência científica para a Prevenção e Tratamento das Úlceras de Pressão, que possam ser usadas pelos profissionais de saúde em todo o mundo. Foi usada metodologia científica explícita para avaliar e identificar a investigação disponível. Na ausência de evidência definitiva, foi usada a opinião dos peritos (muitas vezes fundamentada por evidência indirecta e outras *Guidelines*) para fazer recomendações. As recomendações das *Guidelines* foram disponibilizadas a 903 pessoas individuais e 146 associações/ organizações registadas como interessadas – colaboradoras de 63 países e 6 continentes. A versão final das *Guidelines* é fundamentada na investigação existente e na sabedoria acumulada da EPUAP, da NPUAP e dos parceiros internacionais.

Sugestão para citação:

A EPUAP e a NPUAP são receptivas a versões nacionais ou locais do guia de referência rápido. No entanto pedimos que a fonte citada use o seguinte formato:

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.

Guia Internacional
Prevenção de Úlceras de Pressão:
Guia de Consulta Rápido



©European Pressure Ulcer Advisory Panel
&
©National Pressure Ulcer Advisory Panel
2009

Translated by



Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas

**Cópias impressas adicionais estão disponíveis através do website
do National Pressure Ulcer Advisory Panel**

(www.npuap.org)

Limitações e uso adequado destas Guidelines

- As *Guidelines* são declarações desenvolvidas de forma sistemática para auxiliar os profissionais de saúde na tomada de decisão, para a selecção dos cuidados de saúde adequados a situações clínicas específicas. Estas recomendações podem não ser adequadas em todas as situações.
- A decisão de adoptar alguma recomendação em particular, deve ser tomada pelo profissional de saúde, à luz dos recursos disponíveis e das circunstâncias apresentadas pelo paciente em particular. Nada contido neste documento é considerado recomendação clínica para casos específicos.
- Devido à rigorosa metodologia utilizada no desenvolvimento destas linhas de orientação (*Guidelines*), tanto a NPUAP como a EPUAP acreditam que a investigação que suporta estas recomendações é credível e precisa. No entanto não garantimos a credibilidade e exactidão dos estudos individuais referenciados neste documento.
- Este Guia e as suas recomendações destinam-se exclusivamente a fins educacionais e de informação.
- Este Guia contém informação que é adequada na altura da publicação. A investigação e a tecnologia evoluem rapidamente e as recomendações contidas neste documento podem vir a ser inconsistentes com evoluções futuras. O profissional de saúde é responsável pela actualização do seu conhecimento relativamente aos avanços da investigação e da tecnologia que possam influenciar as suas decisões na prática clínica.
- São apresentados os nomes genéricos dos produtos. Nada neste guia pretende direccionar para um produto específico.
- Nada neste guia pretende servir de assessoria para normas de codificação ou regulamentação de políticas de reembolsos.

Índice remissivo

Objectivo e âmbito	5
Metodologia	5
Definição Internacional de Úlcera de Pressão segundo a NPUAP/EPUAP	7
Sistema Internacional de Classificação NPUAP/EPUAP das Úlceras de Pressão	7
Recomendações para a prevenção das úlceras de pressão	
• Avaliação do risco	10
• Avaliação da pele	12
• Nutrição para a prevenção das úlceras de pressão	14
• Reposicionamentos para a prevenção das úlceras de pressão	16
• Superfícies de apoio	19
• População especial: doentes no bloco operatório	22
Agradecimentos	

Objectivo e âmbito

O objectivo global desta colaboração internacional foi o de desenvolver recomendações baseadas na evidência para a Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão, que podem ser utilizadas pelos profissionais de saúde em todo o mundo. Criou-se o “Grupo de Desenvolvimento das *Guidelines*”, com representantes quer da NPUAP, quer da EPUAP que planeou o processo de desenvolvimento das *Guidelines* e reviu toda a documentação. No entanto, para simplificar a logística, a EPUAP assumiu a liderança na elaboração das recomendações para a prevenção de úlceras de pressão e a NPUAP na elaboração das recomendações para o tratamento das úlceras de pressão.

O propósito das recomendações para a prevenção é o de orientar cuidados baseados na evidência para a prevenção das úlceras de pressão. As recomendações para a prevenção aplicar-se-ão a todos os indivíduos vulneráveis e em todos os grupos etários. As *Guidelines* são direccionadas aos profissionais de saúde envolvidos nos cuidados aos pacientes e pessoas vulneráveis, que estão em risco de desenvolver úlceras de pressão e que se encontram quer em ambiente hospitalar, quer em cuidados continuados, em lares ou em outro lugar, independentemente do seu diagnóstico ou necessidades de cuidados de saúde. Também ajudará a orientar os doentes e prestadores de cuidados, dentro do leque de estratégias disponíveis para a prevenção das úlceras de pressão.

Metodologia

Foi usada uma metodologia rigorosa e explícita na elaboração destas *Guidelines*. (ver “*Guidelines* para a Prática Clínica” para informação mais detalhada).

Todas as evidências foram revistas para determinar a sua qualidade. Os estudos individuais foram classificados pelo desenho e qualidade (ver tabela 1). O conjunto cumulativo das evidências que suportaram cada recomendação foi examinado; foi atribuída uma escala de “força da evidência” usando os critérios referenciados na tabela 2.

Tabela 1. Nível de evidência para os estudos individuais

Nível	
1	Grandes estudos aleatórios com resultados claros (e baixo risco de erro)
2	Pequenos estudos aleatórios com resultados incertos (e risco moderado a alto de erro)
3	Estudos não aleatórios com controlos concorrentes ou contemporâneos.
4	Estudos não aleatórios com controlos históricos
5	Estudo de caso sem controlo. Especificar número de sujeitos.

Adaptado de Sackett, 1989. Ver Guia da prática clínica para discussão da metodologia de desenvolvimento *das Guidelines*

Tabela 2. Escala da força da evidência para cada recomendação

Força da evidência	
A	A recomendação é suportada por uma evidência científica directa, proveniente de estudos controlados, adequadamente desenhados e implementados, em úlceras de pressão em humanos (ou em humanos em risco de úlcera de pressão), que fornecem resultados estatísticos que suportam de forma consistente a recomendação (São exigidos estudos de nível 1)
B	A recomendação é suportada por evidência científica directa de estudos clínicos, adequadamente desenhados e implementados, em úlceras de pressão em humanos (ou em humanos em risco de úlceras de pressão), que fornecem resultados estatísticos que suportam a recomendação de forma consistente (estudos de nível 2,3,4 e 5)
C	A recomendação é suportada por uma evidência indirecta (i.e., estudos em sujeitos humanos saudáveis, humanos com outro tipo de feridas crónicas, modelos animais) e/ou a opinião de peritos.

Este guia prático é fundamentado na investigação actual; será necessária a sua revisão no futuro, assim que sejam publicadas novas evidências. A futura investigação deve incidir nas áreas onde a actual evidência é escassa ou ausente.

Definição internacional de úlcera de pressão segundo a NPUAP/EPUAP

Uma úlcera de pressão 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 torção. Às úlceras de pressão, também estão associados factores contribuintes e de confusão, cujo papel ainda não se encontra totalmente esclarecido.

Desenvolvimento de um Sistema Internacional de Classificação das Úlceras de Pressão

Como parte do processo de desenvolvimento das *Guidelines*, a NPUAP e a EPUAP desenvolveram uma definição e um sistema internacional comum para as úlceras de pressão. Ao longo dos últimos anos, os membros das duas organizações tiveram conversações acerca das muitas semelhanças existentes entre a classificação das úlceras de pressão por graus ou estadios. Ao desenvolvermos estas *Guidelines* Internacionais de Prevenção e Tratamento de úlceras de pressão, consideramos que esta é a altura ideal para desenvolver um sistema de classificação comum, que possa ser usado pela comunidade internacional. As classificações por graus ou por estadios implicam uma progressão do I ao III ou IV, quando isso não é sempre o caso. Tentou-se encontrar uma palavra comum para descrever grau ou estadio, o que não foi conseguido. “Categoria” foi sugerido como termo neutro para substituir “estadio” ou “grau”. Embora estranho para aqueles acostumados a outros termos, “categoria” tem a vantagem de não ser uma designação não-hierárquica, permitindo libertarmo-nos das noções erróneas da “progressão de I para IV” e da “cicatrização de IV para I”.

Reconhece-se que existe familiaridade com as designações “estadio II” e “grau II”, pelo que se propõe utilizar qualquer uma (i.e., estadio, grau ou categoria) desde que seja claro e compreensível. Contudo verificamos que o benefício mais significativo desta colaboração, é que as definições actuais de úlcera de pressão e os níveis de dano tecidular são iguais, mesmo que um grupo classifique uma úlcera de pressão como estadio II, grau II ou categoria II.

Acordaram-se 4 níveis de lesão. Reconhecendo que os termos *inclassificável e lesão no tecido profundo* são geralmente classificados por “IV” na Europa, a NPUAP concordou em separá-los no texto das *Guidelines*. Esta diferença deverá ser tida em conta quando se cruzarem dados entre países.

Categoria I: Eritema não branqueável

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

Categoria II: perda parcial da espessura da pele

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

*Equimose é indicador de lesão profunda.

Categoria III: Perda total da espessura da pele

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

Categoria IV: Perda total da espessura dos tecidos

Perda total da espessura dos tecidos com exposição óssea, dos tendões ou músculos. Pode estar presente tecido desvitalizado (fibrina húmida) e ou tecido necrótico. Frequentemente são cavitadas e fistulizadas. A profundidade de uma úlcera de pressão de categoria IV varia com a localização anatómica. A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo (adiposo) e estas úlceras podem ser superficiais. Uma úlcera de categoria IV pode atingir músculo e/ou estruturas de suporte (i.e. fascia, tendão ou cápsula articular) tornando a osteomielite e a osteíte prováveis de acontecer. Existe osso/músculo exposto visível ou directamente palpável.

Categorias adicionais para os EUA**Inclassificáveis/Não graduáveis: Perda total da espessura da pele ou de tecidos – profundidade indeterminada**

Perda total da espessura dos tecidos, na qual a profundidade actual 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 categoria III ou IV. 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 vermelho escuro 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, húmido, 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.

Avaliação de risco

A investigação epidemiológica tem aumentado consideravelmente nos últimos anos, proporcionando uma melhor compreensão dos factores de risco importantes para o desenvolvimento das úlceras de pressão. Esta literatura deve sustentar a avaliação de risco, na prática. Contudo, devemos ser cuidadosos na interpretação dos resultados destes estudos de investigação epidemiológicos, já que os resultados podem depender dos factores de risco incluídos no modelo multi-variável.

Política de Avaliação de Risco

1. Estabelecer uma política de avaliação dos riscos em todas as instituições de saúde. (Força de Evidência = C).

Cada instituição de saúde deve ter uma política em vigor que inclua recomendações claras para uma abordagem estruturada da avaliação dos riscos relevantes para essa instituição; áreas clínicas alvo, calendarização da avaliação inicial e reavaliações, documentação para a avaliação do risco e comunicação dessa informação a toda a equipa de saúde.

2. Educar os profissionais de saúde sobre a forma como obter uma avaliação de riscos precisa e fiável. (Força de Evidência = B).

3. Documentar todas as avaliações de risco. (Nível de Evidência = C).

A documentação das avaliações de risco é imprescindível para assegurar a comunicação dentro da equipa multidisciplinar, demonstrando que o plano de cuidados é apropriado e fornece referências para o acompanhamento da evolução do indivíduo.

Prática de Avaliação do Risco

4. Utilizar uma abordagem estruturada para a avaliação de risco para identificar os indivíduos em risco de desenvolverem úlceras de pressão. (Força da Evidência = C).

Uma abordagem estruturada pode ser obtida, através do uso de escalas de avaliação de risco, conjuntamente com a avaliação global da pele e com o juízo clínico. A evidência sugere que a utilização destes elementos, em conjugação com a criação de equipas de cuidados da pele, programas educacionais e protocolos de cuidados podem reduzir a incidência das úlceras de pressão.

5. Usar uma abordagem estruturada para a avaliação de risco que inclua a avaliação da actividade e da mobilidade. (Força da Evidência = C).

5.1 Considerar os indivíduos acamados e/ou confinados a uma cadeira de rodas em risco de desenvolverem úlceras de pressão.

- 6. Usar uma abordagem estruturada para a avaliação de risco que implique uma avaliação global da pele, incluindo alterações em pele intacta. (Força da Evidência = C).**

- 6.1 Considerar os indivíduos com alterações na pele intacta, como estando em risco de desenvolver úlceras de pressão.**

As mudanças da condição normal da pele incluem pele seca, eritema e outras alterações. A presença de eritema não branqueável também aumenta o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão no futuro.

- 7. Usar uma abordagem estruturada para a avaliação do risco que seja refinada pelo juízo crítico suportado pelo conhecimento dos factores de risco chave. (Força da Evidência = C).**

- 8. Ter em consideração o impacto dos seguintes factores de risco no desenvolvimento de na avaliação de risco de um indivíduo desenvolver úlceras de pressão:**

- a) Indicadores nutricionais**

Os indicadores nutricionais incluem anemia, hemoglobina, e albumina sérica, medidas sobre o aporte nutricional e peso.

- b) Factores que afectam a perfusão e a oxigenação**

Os factores que afectam a perfusão incluem a diabetes, instabilidade cardiovascular/ uso de epinefrina, pressão arterial baixa, índice de pressão tornozelo braço e uso de oxigénio.

- c) Humidade da pele**

Ambas a pele seca e excessivamente húmida são factores de risco (ver também Avaliação da Pele)

- d) Idade avançada.**

- 9. Ter em consideração o potencial impacto dos seguintes factores na avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão de um indivíduo.**

- a) Fricção e forças de torção. (Subescala da escala de Braden).**

- b) Percepção sensorial. (Subescala da escala de Braden).**

- c) Estado geral de saúde.**

- d) Temperatura corporal.**

- 10. Na admissão do doente usar uma avaliação de risco estruturada e repeti-la tão regular e frequentemente quanto a necessidade do**

doente. Uma reavaliação deve ser feita se houver alterações da condição de saúde do doente. (Força da Evidência =C).

- 11. Desenvolver e implementar um plano de prevenção quando um indivíduo é identificado como estando em risco de desenvolver úlceras de pressão. (Força da Evidência =C).**

Os factores de risco identificados numa avaliação de risco, devem conduzir a um plano individualizado de cuidados a fim de minimizar o impacto dessas variáveis.

Avaliação da pele

Avaliação da pele

- 1. Assegurar-se de que uma avaliação completa da pele é incluída na política de rastreio de avaliação de risco, em todas as instituições de saúde. (Força da Evidência =C).**

Em cada instituição de saúde deverá vigorar uma política que inclua as recomendações para uma abordagem estruturada à avaliação da pele relevante para o local, bem como definidas áreas clínicas alvo e calendarização das avaliações e reavaliações. Deverá possuir também recomendações claras para a documentação da avaliação da pele e a sua comunicação a toda a equipa de saúde.

- 2. Educar os profissionais sobre como proceder a avaliação global da pele, que inclua as técnicas de identificação e respostas ao branqueamento (reperfusão capilar), calor local, edema e tumefacção (rigidez). (Força da Evidência =B).**

Estas técnicas de avaliação adicionais podem ser utilizadas em todos os indivíduos. No entanto, existe evidência de que as úlceras de pressão de categoria I podem passar despercebidas em indivíduos de pele negra, porque as áreas de rubor não são facilmente visíveis.

- 3. Inspeccionar a pele regularmente procurando zonas de rubor em indivíduos que foram identificados como estando em risco de desenvolver úlceras de pressão. Pode ser necessário o aumento da frequência da inspecção mediante qualquer deterioração da condição global do indivíduo. (Força da Evidência =B).**

A avaliação continua da pele é essencial para a detecção precoce de danos causados por pressão.

- 4. A inspeção da pele deve incluir a avaliação do calor localizado, edema ou tumefacção (rigidez), especialmente em indivíduos com pele mais pigmentada. (Força da Evidência =C).**

Calor localizado, edema e tumefacção, foram todos identificados como sendo sinais de alerta para o desenvolvimento de úlcera de pressão. Como nem sempre é possível detectar sinais de rubor em peles mais pigmentadas, estes sinais adicionais devem ser utilizados na avaliação.

- 5. Pedir a colaboração do indivíduo na identificação de eventuais áreas de desconforto ou dor que possam ser atribuído a danos causados por pressão. (Força da Evidência =C).**

Uma série de estudos têm identificado a dor como sendo um factor importante para os indivíduos com úlceras de pressão. Em vários estudos, há também algumas indicações sobre como a dor local constitui um predecessor de lesão tecidual.

- 6. Vigiar a pele quanto a danos causados por pressão devidos a dispositivos médicos. (Força da Evidência =C).**

Diferentes tipos de dispositivos médicos têm sido identificados como causadores de danos por pressão (i.e., cateteres, tubos de oxigénio, tubos do ventilador, colares cervicais semi-rígidos, etc.).

- 7. Documentar todas as avaliações da pele, incluindo detalhes de qualquer dor possivelmente relacionada com danos por pressão. (Força da Evidência =C).**

Uma documentação meticulosa é essencial para acompanhar a evolução do indivíduo e para ajudar a comunicação entre os profissionais.

Cuidados da pele

- 8. Sempre que possível não posicionar o indivíduo numa superfície corporal que ainda se encontre ruborizada devido a um episódio anterior de pressão no local. (Força da Evidência =C).**

O rubor indica que o organismo ainda não recuperou da carga anterior e exige um intervalo maior entre cargas repetidas (Ver Etiologia).

- 9. Não utilizar massagem na prevenção de úlceras de pressão (Força da Evidência =B).**

A massagem está contra-indicada na presença de inflamação aguda e onde exista a possibilidade de haver vasos sanguíneos danificados ou pele frágil. A massagem não deverá ser recomendada como uma estratégia de prevenção de úlceras de pressão.

10. Não esfregar vigorosamente a pele que se encontre em risco de úlcera de pressão. (Força da Evidência =C).

Bem como doloroso, o esfregar a pele pode também causar destruição tecidual leve ou provocar uma reacção inflamatória, especialmente na pele frágil dos idosos.

11. Usar emolientes para hidratar a pele seca, a fim de reduzir o risco de dano da pele. (Força da Evidência =B)

A pele seca parece ser um factor de risco importante e independente no desenvolvimento de úlceras de pressão.

12. Proteger a pele da exposição à humidade excessiva através do uso de produtos barreira de forma a reduzir o risco de lesão por pressão. (Força da Evidência =C).

As propriedades mecânicas do estrato córneo são alteradas pela presença de humidade, assim como a sua função de regulação da temperatura.

Nutrição para a Prevenção das Úlceras de Pressão.

RECOMENDAÇÕES GERAIS

1. Rastrear e avaliar o estado nutricional de todos os indivíduos em risco de desenvolver úlceras de pressão, em todas as instituições de saúde.

Uma vez que a subnutrição é um factor de risco reversível no desenvolvimento de úlceras de pressão, a sua detecção e tratamento precoces é muito importante. Indivíduos que estejam em risco de desenvolver úlceras de pressão, podem estar também em risco de subnutrição, por isso, devem ser examinados relativamente ao seu estado nutricional.

1.1 Usar um instrumento de avaliação nutricional válido, fiável e prático, fácil e rápido de usar, quer pelo doente, quer pelo profissional de saúde.

1.2 Ter uma política de avaliação nutricional em todas as instituições de saúde, bem como recomendações para a frequência das avaliações e datas para a sua implementação.

2. **Referenciar todos os indivíduos em risco nutricional e de desenvolvimento de úlcera de pressão para o nutricionista e, se necessário, para uma equipa nutricional multidisciplinar, que inclua nutricionista, enfermeiro especializado em nutrição, médico, terapeuta da fala, terapeuta ocupacional e também um dentista quando necessário.**

Se o rastreio nutricional revela indivíduos propensos ao desenvolvimento de úlceras de pressão, por se encontrarem desnutridos ou em risco nutricional, então, o nutricionista ou equipa nutricional deve realizar uma avaliação nutricional mais abrangente. Cada indivíduo que se encontre em risco nutricional ou risco de úlcera de pressão, deve receber suporte nutricional suplementar.

- 2.1. **Providenciar suporte nutricional a todo o indivíduo com risco nutricional e risco de desenvolver úlcera de pressão, seguindo o ciclo nutricional.** Este deve incluir:

- Avaliação nutricional
- Estimativas das necessidades nutricionais
- Comparação da ingestão nutricional com as necessidades estimadas
- Providenciar intervenção nutricional apropriada, baseada na roda alimentar adequada
- Monitorizar e avaliar o balanço nutricional com reavaliações do estado nutricional a intervalos regulares enquanto o indivíduo estiver em risco.

(Força da evidência – C)

Os indivíduos podem necessitar de formas distintas de nutrição no decurso da sua doença.

- 2.2. **Seguir relevantes evidências das *Guidelines* de nutrição enteral e de hidratação em indivíduos em risco de desenvolver úlcera de pressão, que evidenciam problemas ou riscos nutricionais.**

- 2.3. **Fornecer a cada indivíduo em risco nutricional e de desenvolver úlcera de pressão, um mínimo de 30-35Kcal por kg de peso por dia, com 1.25-1.5g/kg/dia de proteínas e 1ml de fluidos por kcal por dia.**

RECOMENDAÇÕES ESPECÍFICAS

1. **Oferecer suplementos nutricionais orais e/ou através de sonda de alimentação, com alto teor proteico, como suplemento da dieta habitual, a indivíduos em risco nutricional e de úlceras de pressão,**

devido a doença aguda ou crônica ou na sequência de uma intervenção cirúrgica. (Força da Evidência =A).

A nutrição oral (através de comida normal e/ou alimentação líquida adicional) é a via nutricional preferida e deve ser usada sempre que possível. Os suplementos nutricionais orais são importantes, pois muitos doentes que se encontram em risco de úlcera de pressão muitas vezes não podem satisfazer as suas necessidades nutricionais através da ingestão alimentar oral habitual. Além disto, os suplementos orais parecem estar associados a uma redução significativa do desenvolvimento de úlceras de pressão, comparativamente com os cuidados nutricionais de rotina.

A alimentação entérica (por sonda) e a parentérica (fora do tracto alimentar normal) podem ser necessárias quando a alimentação oral é desadequada ou impossível, quer pela condição do doente, quer pelos objectivos clínicos.

- 1.1. Administrar suplementos nutricionais quer por via oral (SNO), quer através de sonda de alimentação (SNG), nos intervalos das refeições regulares, para evitar a diminuição do aporte de alimentos e líquidos durante as horas da refeição. (Força da Evidência =C).**

Reposicionamentos para a prevenção das úlceras de pressão

Reposicionamento (Alternância de decúbitos/posicionamentos)

- 1. Deve considerar-se a alternância de decúbitos (posicionamentos) em todos os indivíduos que se encontrem em risco de desenvolver úlceras de pressão.**

- 1.1. A alternância de decúbito deve ser executada para reduzir a duração e magnitude da pressão exercida sobre áreas vulneráveis do corpo. (Força da evidência =A).**

Altas pressões, sobre proeminências ósseas, durante curtos períodos de tempo, e baixas pressões, sobre proeminências ósseas, durante longos períodos de tempo, são igualmente danosas. De forma a diminuir-se o risco individual de desenvolvimento de úlceras de pressão, é importante reduzir-se o tempo e quantidade de pressão aos quais estão expostos.

- 1.2. O uso da alternância de decúbitos, como estratégia preventiva, deve ter em consideração a condição do doente e as superfícies de apoio em uso (Força da evidência =C).**

Frequência dos posicionamentos

2. A frequência dos posicionamentos será influenciada por variáveis relacionadas com o indivíduo (Força da Evidência =C) e pelas superfícies de apoio em uso (Força da Evidência =A).

2.1. A frequência dos posicionamentos, será determinada pela tolerância dos tecidos, pelo seu nível de actividade e mobilidade, pela sua condição clínica global, pelos objectivos globais do tratamento e pela avaliação da condição individual da pele. (Força da Evidência =C).

2.2. Avaliar a pele e conforto individuais. Se o indivíduo não responde ao regime de posicionamentos conforme o esperado, reconsiderar a frequência, e método dos posicionamentos. (Força da evidência =C).

2.3. A frequência dos posicionamentos será influenciada pelas superfícies de apoio em uso. (Força da evidência =A).

Um indivíduo deve ser reposicionado com maior frequência quando se encontra sobre um colchão de não redistribuição de pressão comparativamente a quando se encontra sobre um colchão de espuma visco-elástica. A frequência dos reposicionamentos vai depender das características da superfície de apoio.

Técnicas de posicionamento

3. O posicionamento contribui para o conforto, a dignidade e a capacidade funcional do indivíduo. (Força da Evidência =C).

3.1 Reposicionar o indivíduo de tal forma que a pressão seja aliviada ou redistribuída. (Força da Evidência =C).

3.2 Evitar sujeitar a pele à pressão ou forças de torção (cisalhamento). (Força da evidencia =C).

3.3 Usar ajudas de transferência para evitar a fricção e torção. Levante - não arraste - o indivíduo enquanto o reposiciona. (Força da Evidência =C).

3.4. Evitar posicionar o indivíduo em contacto directo com dispositivos médicos tais como tubos e sistemas de drenagem. (Força da evidencia =C).

3.5. Evitar posicionar o indivíduo sobre proeminências ósseas que apresentem eritema não branqueável. (Força da Evidência =C).

3.6. O reposicionamento deve ser feito usando 30º enquanto na posição de semi-Fowler ou na posição prono (bruços), e uma inclinação de 30º para posições laterais (alternadamente lado direito, dorsal e lado esquerdo), se o indivíduo tolerar estas

posições e a sua condição clínica o permitir. Evitar posturas que aumentem a pressão, tais como o Fowler acima dos 30º ou a posição de decúbito lateral a 90º, ou a posição de semi-deitado. (Força da Evidência =C).

- 3.7. Se a posição de sentado na cama for necessária, evitar a elevação da cabeceira e posição incorrecta que centre a pressão ao nível do sacro e cóccix. (Força da Evidência =C).**

Reposicionamentos no indivíduo sentado

- 4. Posicionar o indivíduo de tal forma que possa manter todas as suas actividades por completo. (Força da Evidência =C).**

Isto pode ser um processo complexo - por exemplo, numa poltrona que se incline para trás, o uso de um apoio para os pés com os calcâneos sem estarem apoiados, pode ser uma posição adequada em termos de redistribuição da pressão, mas dificulta as transferências de e para a cadeira.

- 4.1. Escolher uma posição que seja tolerada pelo indivíduo e minimize a pressão e a torção exercidas na pele e tecidos moles. (Força da Evidência =C).**

- 4.2. Se os pés do indivíduo não chegam ao chão, coloque-os sobre um estrado ou apoio para os pés. (Força da Evidência =C).**

Quando os pés não se apoiam no chão o corpo desliza para fora da cadeira. A altura do apoio para os pés deve ser escolhida de forma a flectir ligeiramente a bacia para a frente, posicionando as coxas numa inclinação ligeiramente inferior à posição horizontal.

- 4.3. Limitar o tempo que o indivíduo passa sentado na cadeira sem alívio de pressão. (Força da Evidência =B).**

Quando um indivíduo está sentado numa cadeira, o peso do corpo causa a maior exposição á pressão nas tuberosidades isquiáticas. A área de carga nestes casos é relativamente pequena, sendo mais alta a pressão exercida, por conseguinte, sem haver alívio da pressão, a úlcera de pressão surgirá rapidamente.

Documentação dos reposicionamentos

- 5. Registrar os regimes de reposicionamentos, especificamente a frequência, a posição adoptada e a avaliação dos resultados do regime dos reposicionamentos. (Força da Evidência =C).**

Educação e treino no reposicionamento

- 6. Deve ser fornecida formação acerca do papel dos reposicionamentos, como forma de prevenção das úlceras de pressão, a todos os**

envolvidos nos cuidados ao indivíduo em risco de desenvolvê-las, incluindo ao próprio indivíduo e ao(s) prestador(es) de cuidados (sempre que possível). (Força da Evidência =C).

- 6.1. Deve ser realizada formação acerca das técnicas correctas de reposicionamento e o uso de equipamentos a todas as pessoas envolvidas nos cuidados ao indivíduo em risco de desenvolver úlceras de pressão, incluindo ao próprio indivíduo e familiares (sempre que possível e apropriado). (Força da Evidência =C).**

Superfícies de apoio

1. Declarações gerais

- 1.1. A prevenção em indivíduos em risco deve ser realizada de forma contínua e pelo tempo em que se mantêm em risco. (Força da Evidência =C).**
- 1.2. No momento de seleccionar a superfície de apoio, não se baseie unicamente no risco de desenvolvimento das úlceras de pressão percebido ou na categoria da úlcera de pressão já existente. (Força da Evidência =C).**

A escolha de uma superfície de apoio apropriada deve ter em consideração factores como o nível de mobilidade do indivíduo na cama, o seu conforto, a necessidade de controlar o microclima e atender ao local e às circunstâncias da prestação de cuidados.

- 1.3. Escolher a superfície de apoio de acordo com o contexto onde são prestados os cuidados. (Força da Evidência =C).**

Nem todas as superfícies de apoio são compatíveis com os locais de prestação de cuidados. As superfícies de apoio que se usam no domicílio requerem que se considere o peso da cama e estrutura da casa, a largura das portas, a disponibilidade de energia eléctrica ininterrupta e capacidade de promover ventilação adequada do motor para libertação do calor.

- 1.4. Avaliar a adequabilidade e funcionalidade das superfícies de apoio em cada contacto com o indivíduo. (Força da Evidência =C).**
- 1.5. Antes de utilizar uma superfície de apoio verificar que ela se encontra dentro do tempo de vida útil, de acordo com as recomendações específicas do fabricante (ou outros testes reconhecidos pela industria). (Força da Evidência =C).**

2. Utilização de colchões e camas na prevenção de úlceras de pressão.

2.1 Usar colchões de espuma de alta especificidade em vez de espuma padrão hospitalar (standard), em todos os indivíduos avaliados como em risco de desenvolver úlceras de pressão. (Força da Evidência =A).

Os colchões de espuma de alta especificidade parecem ser mais eficazes na prevenção de úlceras de pressão do que os colchões de espuma padrão hospitalar.

2.2. Não existe evidência da superioridade de uma espuma de alta especificidade em relação a outra com as mesmas características. (Força da Evidência =A).

Não existe diferença aparente ao nível da eficácia entre os colchões de espuma alta especificidade.

2.3. Usar uma superfície de apoio dinâmica (colchão ou de sobreposição) em indivíduos com alto risco de desenvolver úlceras de pressão, quando não é possível o reposicionamento manual frequente. (Força da Evidência =B).

Quando indivíduos de alto risco não podem se posicionados manualmente, as superfícies dinâmicas são necessárias, uma vez que, estas, podem variar as propriedades de distribuição da carga.

2.4. Têm similar eficácia em termos de incidência das úlceras de pressão, os colchões de pressão alterna como os de sobreposição de pressão alterna (Força da Evidência =A).

2.5. Não usar superfícies de apoio de pressão alterna (colchões ou de sobreposição) com células pequenas (Força da Evidência =C).

Colchões de pressão alterna com células pequenas (diâmetro <10cm), não conseguem insuflar ar suficiente, capaz de assegurar o alívio de pressão sobre as células que se encontram desinsufladas. Actualmente estão a ser desenvolvidos modelos com sensores internos capazes de resolver este problema.

2.6. Continue a virar e a posicionar, sempre que possível, todos os indivíduos em risco de úlceras de pressão. (Força da Evidência =C).

3. O uso de superfícies de apoio para a prevenção de úlceras de pressão nos calcâneos

3.1. Assegurar-se de que os calcâneos se encontram afastados da superfície da cama (Força da Evidência =C).

- 3.2. Os dispositivos de protecção dos calcâneos devem elevá-los completamente (ausência de carga) 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 ficar em ligeira flexão. (Força da Evidência =C).**

A hiperextensão do joelho pode causar obstrução da veia poplítea que pode predispor a uma trombose venosa profunda.

- 3.3. Usar uma almofada debaixo das pernas (região dos gêmeos) para elevar os calcâneos (“calcâneos flutuantes”). (Força da Evidência =B).**

Usar uma almofada debaixo dos gêmeos eleva os calcâneos do colchão.

- 3.4. Inspeccionar regularmente a pele dos calcâneos. (Força da Evidência =C).**

- 4. Usar superfícies de apoio para prevenir as úlceras de pressão, enquanto na posição de sentado.**

- 4.1. Usar uma almofada de assento (cushion) de redistribuição de pressão em indivíduos sentados numa cadeira e que apresentam diminuição da mobilidade e que se encontrem em risco de desenvolver úlceras de pressão. (Força da Evidência =B).**

Diferentes estudos mostram que almofadas de assento de redistribuição da pressão previnem o desenvolvimento de úlceras de pressão.

- 4.2. Limitar o tempo que o indivíduo passa sentado numa cadeira sem alívio de pressão. (Força da Evidência =B).**

- 4.3. Dar especial atenção a indivíduos com lesão da espinal medula (Força da Evidência =C).**

- 5. O uso de outras superfícies de apoio na prevenção de úlceras de pressão**

- 5.1. Evitar o uso de pele de carneiro sintética; dispositivos recortados em forma de anel ou “donut”; e luvas cheias de água. (Força da Evidência =C).**

- 5.2. A pele de carneiro natural poderá ajudar a prevenir as úlceras de pressão. (Força da evidência =B).**

Alguns estudos demonstraram que o uso de pele de carneiro natural poderão ajudar a prevenir as úlceras de pressão.

População especial: Doentes no Bloco Operatório

- 1. Refinar a avaliação de risco, para os indivíduos sujeitos a cirurgia, através da análise de outros factores que possam ocorrer e que aumentem o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, incluindo:**

a) Duração da cirurgia

b) Aumento dos períodos de hipotensão no intra-operatório

c) Baixa temperatura corporal durante a cirurgia

d) Mobilidade reduzida durante o 1º dia pós-operatório

- 2. Usar colchões de redistribuição da pressão na mesa de operações em todos os indivíduos identificados como em risco de desenvolver úlceras de pressão. (Força da Evidência =B).**

Foram desenvolvidas diversas superfícies de apoio específicas para o bloco operatório que promovem a redistribuição de pressão.

- 3. Posicionar o indivíduo de tal forma que reduza o risco de úlcera de pressão durante a cirurgia. (Força da Evidência =C)**

- 4. Elevar o calcâneo completamente (sem carga) de forma a que o peso da perna seja distribuído por toda a sua superfície posterior, sem colocar todo o peso sobre o tendão de Aquiles. O joelho deve estar ligeiramente flectido. (Força da Evidência =C).**

A hiperextensão do joelho pode levar à oclusão da veia poplítea e conduzir a uma trombose venosa profunda.

- 5. Prestar atenção à redistribuição da pressão no pré e pós-operatório. (Força da Evidência =C).**

a) Colocar o indivíduo num colchão de redistribuição da pressão, quer antes, quer depois da cirurgia. (Força da Evidência =C).

b) Posicionar o indivíduo, durante a cirurgia, numa posição diferente da posição assumida no pré e nos pós-operatório. (Força da Evidência =C).

Agradecimentos

A European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) e o National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) agradecem as contribuições dos seguintes indivíduos e grupos pelo apoio financeiro na apresentação e divulgação das directrizes. Todas as contribuições foram feitas após as *Guidelines* serem desenvolvidas e em nada influenciou o desenvolvimento, orientação ou conteúdo das mesmas. As contribuições financeiras estão a ser utilizadas para a impressão e divulgação. As seguintes empresas, dão subsídio ilimitado a educação:

Doadores EPUAP para as *Guidelines* de Prevenção:

ArjoHuntleigh, Europe

Hill-Rom, Europe

Nutricia Advanced Medical Nutrition

Contribuições em géneros

- McGoogan Library, University of Nebraska Medical Center, Omaha, NE, USA (database searches by a professional librarian & interlibrary loan services)
- College of Nursing, University of Nebraska Medical Center, Omaha, NE, USA
- World Union of Wound Healing Societies and the University of Toronto, Toronto, CA (initial database searches)
- The Registered Nurses of Ontario, Royal College of Nursing, Consortium on Spinal Cord Injury Medicine, Agency for Health Care Policy and Research (now AHRQ) provided evidence tables used to support previous *Guidelines*.
- Eran Ganz-Lindgren reviewed an article written in Hebrew.

Stakeholders

Um agradecimento especial para os stakeholders, de todo o mundo que fizeram a revisão dos rascunhos e processos de orientação do documento. Todos os comentários das partes interessadas foram analisados pela EPUAP-NPUAP Guideline Development Group. As revisões foram feitas com base nestes comentários. Nós apreciamos o investimento de clínicos, pesquisadores, educadores e os fabricantes de todo o mundo, que deram do seu tempo compartilhado, os seus conhecimentos de forma crítica e reflexiva. As recomendações das *Guidelines* são melhores graças a si!

©NPUAP-EPUAP 2009



www.npuap.org

www.epuap.org