

Introdução

Este guia de referência rápida sumariza as linhas de orientação baseadas na evidência na prevenção e tratamento das úlceras de pressão. Foi desenvolvido ao longo de quatro anos de colaboração entre European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) e a American National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). A versão mais abrangente 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 agradecimentos aos editores, autores e outros colaboradores. Este guia de consulta rápida contém enxertos 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 rápida 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 para a prevenção e tratamento das úlceras de pressão, baseadas em evidência científica, que possam ser usadas pelos profissionais de saúde em todo o mundo. Foi usada metodologia científica específica para avaliar e identificar a pesquisa disponível. Na ausência de evidência definitiva, foi usada a opinião dos peritos (muitas vezes fundamentada por evidência indirecta e outra linha de orientação) para fazer recomendações. As recomendações das Guidelines foram disponibilizadas para 903 pessoas individuais e 146 associações/ organizações registadas como intervenientes em 63 países e 6 continentes. As guideline finais são fundamentadas na investigação existente e na sabedoria acumulada, da EPUAP, da NPUAP e dos parceiros internacionais.

Sugestão de citações:

A EPUAP e a NPUAP são receptivas a versões nacionais ou locais do guia rápido de consulta das Guidelines. No entanto pedimos à fonte que use o seguinte formato de citação:

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.

Guidelines Internacionais Úlceras de Pressão - Guia de referência rápida – Prevenção, foi traduzido para Português por, Filomena Mota, Domingos Malta, Rita Videira, Lúcia Vales e Paulo Alves

Contactos: Paulo Alves

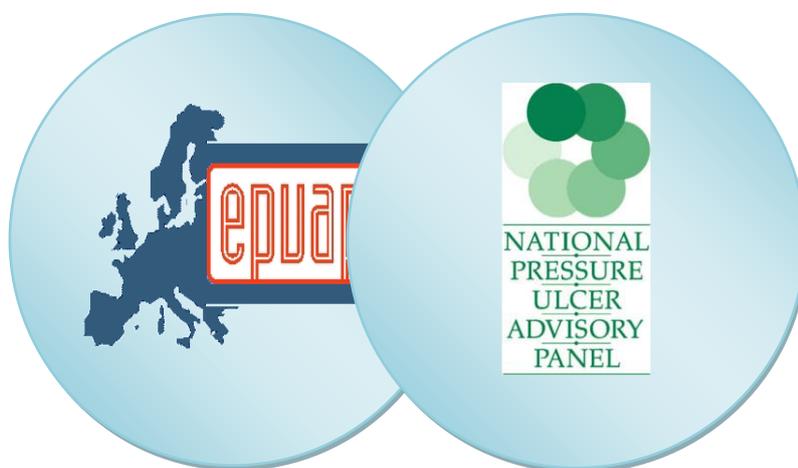
APTferidas - Associação Portuguesa Tratamento de Feridas

aptferidas@aptferidas.com

Universidade Católica Portuguesa - Instituto Ciências da Saúde – Porto

pjalves@ics.porto.ucp.pt

Prevenção das úlceras de pressão: Guia de consulta rápida



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

**Cópias adicionais estão disponíveis através do website
da National Pressure Ulcer Advisory Panel
(www.npuap.org)**

Limitações e uso adequado destas Guidelines

- As guidelines são declarações desenvolvidas de forma sistemática para auxiliar o profissional na tomada de decisão na escolha 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 se 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 usada 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.
- As orientações e recomendações aqui contidas destinam-se unicamente a fins educacionais e informacionais.
- Este guia contém informação que foi confirmada 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 relativo 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 conselhos para normas de codificação e regulamentação de políticas de reembolsos.

Índice

Âmbito e objectivos

Métodos

Definição internacional NPUAP/EPUAP das úlceras de pressão

Sistema internacional NPUAP/EPUAP das úlceras de pressão

Recomendações para a prevenção das úlceras de pressão

Avaliação de risco

Avaliação da pele

Nutrição para a prevenção das úlceras de pressão

Reposicionamentos para a prevenção das úlceras de pressão

Superfícies de apoio

População especial: doentes no bloco operatório

Agradecimentos

Âmbito e objectivos

O objectivo global desta colaboração internacional foi o de desenvolver recomendações baseadas na evidência para a prevenção e tratamento de úlceras de pressão, que poderiam ser utilizadas pelos profissionais de saúde em todo o mundo. Criou-se o “grupo de desenvolvimento das Guideline”, 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 em evidência na 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, quer em lares ou em outro lugar, independentemente do seu diagnóstico ou necessidades em 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.

Métodos

Foi usada uma metodologia rigorosa e explícita na elaboração destas guidelines. (ver “guidelines da prática clínica” para informação mais detalhada). Todas as evidências foram revistas para a qualidade. Os estudos individuais foram classificados pelo design e qualidade (ver tabela 1). O conjunto cumulativo das evidências que suportaram cada recomendação foi examinado; e foi atribuída uma classificação por “nível de evidência” 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 de erro)
3	Estudos não aleatórios com controlos concorrentes ou contemporâneos.
4	Estudos não aleatórios com controlos históricos
5	Estudo de caso sem controlo. Número específico de sujeitos.

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

Tabela 2. Classificação por nível de evidência para cada recomendação

Nível de evidência	
A	A recomendação é suportada por uma evidência científica directa proveniente de ensaios controlados devidamente concebidos e implementados em úlceras de pressão em humanos (ou em humanos em risco de úlcera de pressão), fornecem resultados estatísticos que suportam de forma consistente a recomendação (São exigidos estudos de nível 1)
B	A recomendação é suportada por evidência científica directa de estudos clínicos devidamente concebidos e implementados em úlceras de pressão em humanos (ou em humanos em risco de úlceras de pressão), fornecendo 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 (e.g., 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 pesquisa actual e no futuro será necessária a sua revisão assim que sejam publicadas novas evidências. A futura investigação deve incidir nas áreas onde a actual evidência é fraca ou ausente.

Definição internacional de úlcera de pressão de 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.

Sistema de classificação das úlceras de pressão NPUAP/EPUAP

Categoria I: eritema não branqueável em pele intacta

Pele intacta com eritema não branqueável de uma área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea, descoloração da pele, calor, edema, tumefacção ou dor podem também estar presentes. Em pele escura pigmentada pode não ser visível o branqueamento.

Descrição adicional: a área pode ser dolorosa, firme, suave, mais quente ou mais fria comparativamente com o 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 ou flictena

Perda parcial da espessura da derme que se apresenta como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelho rosa sem crosta. Pode também apresentar-se como flictena fechada ou aberta preenchido por líquido seroso ou sero-hemático.

Descrição adicional: Apresenta-se como uma úlcera brilhante ou seca, sem crosta ou contusões. Esta categoria não deve ser usada para descrever

fissuras da pele, queimaduras por fita adesiva, dermatite associada a incontinência, maceração ou escoriação.

Categoria III: Perda total da espessura da pele (Tecido subcutâneo visível)

Perda total da espessura tecidular. Pode ser visível o tecido adiposo subcutâneo, mas não estão expostos os ossos, tendões ou músculos. Pode estar presente algum tecido desvitalizado (Fibrina húmida). Pode incluir lesão cavitária e encapsulamento.

Descrição adicional: A profundidade de uma úlcera de categoria III varia com a localização anatômica. A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo (adiposo) e uma úlcera de categoria III pode ser rasa (superficial) em contrapartida, em zonas com adiposidade significativa podem desenvolver 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 (músculos e ossos visíveis)

Perda total da espessura dos tecidos com exposição dos tendões e músculos. Pode estar presente tecido desvitalizado (fibrina húmida) e ou necrótico. Frequentemente são cavitários e fistuladas.

Descrição adicional: A profundidade de uma úlcera de pressão de categoria IV varia com a localização anatômica. A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo (adiposo) e estas úlceras podem ser rasas (superficiais). Uma úlcera de categoria IV pode atingir as estruturas de suporte (ex. fascia, tendão ou cápsula articular) tornando a osteomielite e a osteíte prováveis de acontecer. Existe osso/ Musculo exposto visível ou directamente palpável.

Categorias adicionais para os EUA

Não graduáveis/ inclassificáveis: Perda total da espessura da pele ou 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 acastanhado, castanho ou preto) no leito da ferida.

Descrição adicional: até que seja removido tecido necrótico suficiente para expor a base da ferida, a verdadeira profundidade não pode ser determinada, mas 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 profunda dos tecidos

Área vermelho escuro ou púrpura localizada em pele intacta e descolorada ou flictena preenchida com sangue, provocadas por danos no tecido mole subjacente pela pressão e ou forças de torção.

Descrição adicional: 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 pequena flictena 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 camadas de tecido adicionais mesmo com o tratamento.

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 e 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. (Nível de Evidência = C).

Cada estabelecimento de saúde deve ter uma política em vigor que inclua recomendações para uma abordagem estruturada da avaliação dos riscos relevantes para esse estabelecimento de saúde, áreas clínicas alvo, um calendário para a avaliação inicial e reavaliações dos riscos, recomendações claras para a documentação de avaliação do risco e da comunicação a toda a equipe de saúde.

2. Formar os profissionais de saúde sobre a forma como obter uma avaliação de riscos rigorosa e fiável. (Nível 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, serve como prova de que o plano de cuidados é apropriado e fornece referenciais para o acompanhamento da evolução do indivíduo.

Prática de avaliação do risco

4. Use uma abordagem estruturada para a avaliação de risco para identificar indivíduos em risco de desenvolver úlceras de pressão. (Nível de Evidência =C).

Uma abordagem estruturada pode ser obtida através do uso de escalas de avaliação de risco conjuntamente com a avaliação abrangente da pele e o juízo clínico.

Pese embora o facto de existirem limitações nas escalas de avaliação de risco, a sua utilização generalizada é indicativa do valor que tem para os profissionais. A evidência sugere que a sua utilização em conjugação com o estabelecimento de equipas de cuidados à pele, programas educacionais e protocolos de cuidados podem reduzir a incidência das úlceras de pressão.

5. Uso de uma abordagem estruturada para a avaliação de risco a qual inclua a avaliação da actividade e mobilidade. (Nível de Evidência = C).

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

6. Use uma abordagem estruturada para a avaliação de risco que inclua uma avaliação de risco abrangente, mesmo em pele integra. (Nível de Evidência = C).

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

As alterações da condição 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. Use uma abordagem estruturada para a avaliação do risco que seja refinada pelo juízo crítico suportado pelo conhecimento dos factores de risco chave. (Nível de 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 a hemoglobina, anemia 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, baixa pressão arterial, 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 de risco na avaliação de 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. (Nível de Evidência =C).

11. Desenvolver e implementar um plano de intervenção quando um indivíduo é identificado como estando em risco de desenvolver úlceras de pressão. (Nível de Evidência =C).

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. (Nível de Evidência =C).

Em cada instituição de saúde deverá vigorar uma política que inclua as recomendações para uma abordagem estruturada para a avaliação da pele relevante para a instituição, áreas clínicas alvo, cronogramas de avaliação e reavaliações. Deverá possuir também recomendações claras para a documentação da avaliação da pele e da sua comunicação a toda a equipa de saúde.

2. Formação dos profissionais sobre a forma de se obter uma avaliação abrangente da pele que inclua as técnicas de identificação de respostas ao branqueamento (de reperfusão), calor local, edema e tumefacção (rigidez). (Nível de Evidência =B).

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

3. Inspeccionar a pele regularmente quanto a 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 inspeção mediante qualquer deterioração da condição global do indivíduo. (Nível de 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. (Nível de 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. (Nível de 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. (Nível de Evidência =C).

Muitos tipos diferentes de dispositivos médicos têm sido identificados como causadores de danos por pressão (por exemplo, cateteres, tubos de oxigénio, tubulação 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. (Nível de Evidência =C).

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

Cuidados com a pele

8. Sempre que possível não posicione o indivíduo numa superfície corporal que ainda se encontre ruborizada devido a um episódio anterior de pressão no local. (Nível de 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 utilize massagem na prevenção de úlceras de pressão (Nível de Evidência =B).

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

10. Não esfregue vigorosamente a pele que se encontre em risco de úlcera de pressão. (Nível de 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. Uso de emolientes para hidratar a pele seca, a fim de reduzir o risco de dano da pele. (Nível de 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. (Nível de 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. Rastreamento e avaliação do estado nutricional a 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.

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.

RECOMENDAÇÕES ESPECÍFICAS

1. Oferecer suplementos nutricionais orais, 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 crónica ou na sequência de uma intervenção cirúrgica. (Nível de 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 podem ser necessárias quando a alimentação oral é desadequada ou impossível quer pela condição do doente quer pelos objectivos clínicos.

1.1. Administrar suplementos alimentares quer por via oral (SAO) 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. (Nível de Evidência =C).

Alternância de decúbitos para a prevenção das úlceras de pressão

Alternância de decúbitos (posicionamentos)

1. Deve considerar-se a mudança 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. (Nível de 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 (posicionamentos) como estratégia preventiva deve ter em consideração a condição do doente e as superfícies de apoio em uso (Nível de evidência =C).

Frequência dos posicionamentos

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

2.3. A frequência dos posicionamentos será influenciada pelas superfícies de apoio em uso. (Nível de 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 mantém o conforto, a dignidade e a capacidade funcional do indivíduo. (Nível de Evidência =C).

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

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

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

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

3.5. Evite posicionar o indivíduo sobre proeminências ósseas que apresentem eritema não branqueável. (Nível de Evidência =C).

3.6. O reposicionamento deve ser feito usando 30º enquanto na posição de semi-Fowler ou na posição de pronação (bruços), e uma inclinação de 30º para posições laterais (alternadamente lado direito, dorsal e lado esquerdo), se o indivíduo poder 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 deitado de lado a 90º, ou a posição de semi-deitado. (Nível de Evidência =C).

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

Reposicionamentos de um indivíduo sentado.

4. Posicionar o indivíduo de tal forma que possa manter todas as suas actividades por completo. (Nível de 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 suspensos pode ser uma posição adequada em termos de

redistribuição da pressão, mas dificulta as transferências de e para a cadeira.

- 4.1. Escolha uma posição que seja tolerada pelo indivíduo e minimize a pressão e a torção exercidas na pele e tecidos moles. (Nível de Evidência =C).**
- 4.2. Se os pés do indivíduo não chegam ao chão, coloque-os sobre um banquinho ou apoio para os pés. (Nível de Evidência =C).**

Quando os pés não 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. Restrinja o tempo que o indivíduo passa sentado na cadeira sem alívio de pressão. (Nível de Evidência =B).**

Quando um indivíduo está sentado numa cadeira, o peso do corpo leva a que as tuberosidades isquiáticas fiquem sujeitas a um aumento de pressão. Quanto menor for a área de carga mais alta é a pressão, por conseguinte, sem haver alívio da pressão, a úlcera de pressão surgirá muito rapidamente.

Documentação dos reposicionamentos

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

Formação e treino no reposicionamento

- 6. Deve ser fornecida formação no âmbito 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 prestador de cuidados (se possível). (Nível de Evidência =C).**
 - 6.1. O treino acerca das técnicas correctas de reposicionamento e uso de equipamentos deve abranger todas pessoas envolvidas nos cuidados ao indivíduo em risco de desenvolver úlceras de pressão, incluindo ao próprio indivíduo e prestador de cuidados (quando é possível e apropriado). (Nível de 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. (Nível de Evidência =C).**
- 1.2. **Não baseie a selecção da superfície de apoio unicamente no nível de risco percebido ou na categoria da úlcera de pressão. (Nível de Evidência =C).**

A escolha de uma superfície de apoio apropriada deve ter em consideração factores como o nível de mobilidade do doente na cama, necessidade de controlar o microclima do local e das circunstâncias da prestação de cuidados.

- 1.3. **Escolha a superfície de apoio de acordo com a instituição de cuidados. (Nível de 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 considerações acerca do peso da cama e estrutura da casa, a largura das portas, a viabilidade de alimentação eléctrica contínua e ventilação adequada do motor para libertação do calor.

- 1.4. **Avalie a adequabilidade e funcionalidade das superfícies de apoio em cada contacto com o indivíduo. (Nível de Evidência =C).**
- 1.5. **Antes de usar uma superfície de apoio verifique que ela se encontra dentro do tempo de vida útil de acordo com as indicações específicas recomendados pelo fabricante (ou através de outros testes reconhecidos pela indústria). (Nível de Evidência =C).**

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

- 2.1 **Use colchões de espuma altamente específica em vez de espumas de padrão standard hospitalar, em todos os indivíduos avaliados como em risco de desenvolver úlceras de pressão. (Nível de Evidência =A).**

Os colchões de espuma altamente específicos parecem ser mais eficazes na prevenção de úlceras de pressão que os colchões de espuma standard hospitalar.

2.2. Não existe evidência da superioridade de uma espuma altamente específica sobre uma outra com as mesmas características. (Nível de Evidência =A).

Não existe diferença aparente ao nível da eficácia entre os colchões de espuma altamente específicos.

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

As superfícies de apoio dinâmicas são necessárias, quando os doentes de alto risco não podem se posicionados manualmente, uma vez que, estas podem variar as propriedades de distribuição da carga.

2.4. Ambos os colchões de sobreposição dinâmicos como os colchões de substituição têm similar eficácia em termos de incidência das úlceras de pressão. (Nível de Evidência =A).

2.5. Não use superfícies de apoio de pressão alterna (colchões ou coberturas) com células pequenas (Nível de Evidência =C).

Colchões de pressão alterna com células pequenas (diâmetro inferior a 10cm), não conseguem insuflar ar suficiente, capaz de assegurar o alívio de pressão sobre as células que se encontram desinsufladas. Ensosores internos estão a ser utilizados em modelos que estão a ser desenvolvidos neste momento a fim de resolver este problema.

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

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

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

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

3.3. Use uma almofada debaixo das pernas (região dos gêmeos) para elevar os calcâneos (calcâneos flutuantes). (Nível de Evidência =B).

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

3.4. Inspeccione regularmente a pele dos calcâneos. (Nível de Evidência =C).

4. Use superfícies de apoio para prevenir as úlceras de pressão, enquanto na posição de sentado.

4.1. Use uma almofada de assento 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. (Nível de Evidência =B).

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

4.2. Limite o tempo que o individuo passa sentado numa cadeira sem alívio de pressão. (Nível de Evidência =B).

4.3. Dê especial atenção a indivíduos com lesão da espinal medula (Nível de Evidência =C).

5. Uso de outras superfícies de apoio na prevenção de úlceras de pressão

5.1. Evite o uso de pele de carneiro sintética; dispositivos recortados em forma de anel ou donut; e luvas cheias de água. (Nível de Evidência =C).

5.2. A pele de carneiro natural poderá ajudar a prevenir as úlceras de pressão. (Nível de 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. Redefina 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. Uso de colchões de redistribuição da pressão na mesa de operações em todos os indivíduos identificados como em risco de desenvolver úlceras de pressão. (Nível de Evidência =B).**

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

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

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

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

- 5. Preste atenção à redistribuição da pressão no pré e pós-operatório. (Nível de Evidência =C).**

a) Coloque o indivíduo num colchão de redistribuição da pressão quer antes quer depois da cirurgia. (Nível de Evidência =C).

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

Agradecimentos

A European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) e National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) agradecem as contribuições dos seguintes indivíduos e grupos pelo apoio financeiro na apresentação e divulgação das diretrizes. 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:

EPUAP doações 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 compartilhando os seus conhecimentos de forma crítica e reflexiva. As recomendações das Guidelines são melhores graças a si!