

Programa de Melhoria Contínua da Qualidade

Prevenção de Úlceras de Pressão

**Centro de Saúde do Curral das Freiras
Enf.ª Cândida Pereira
Fevereiro 2014**

Índice

Introdução	3
1 - Identificar e Descrever o Problema	4
2- Perceber o Problema.....	6
3- Formular Objetivos Iniciais.....	8
4- Perceber as Causas	9
Chek List para uma avaliação da qualidade (Heather Palmer)	11
5 – Planear e Executar as Atividades.....	18
6- Verificar os Resultados	22
7- Propor medidas corretivas, standardizar e treinar a equipa	26
8- Reconhecer e partilhar o sucesso	26
Referências Bibliográficas.....	27
ANEXOS	28
ANEXO I.....	29
(Orientação da Direção-Geral da Saúde: Escala de Braden nº 017/2011).....	29
ANEXO II.....	31
Chek list – Prevenção das UPP	31
ANEXO III	32
(Plano de Cuidados – Cuidador Informal).....	32
ANEXO IV	34
(Plano de cuidados de Enfermagem das UPP)	34
ANEXO V	36
(Guidelines Internacionais Úlceras de pressão – Guia de referência rápida – Prevenção)	36

Introdução

As úlceras de pressão surgem em doentes acamados por longos períodos, com mobilidade reduzida ou nula e com baixas defesas, sendo na sua maioria idosos (BRAVO, 1998). Uma úlcera de pressão deve ser considerada como suscetível de ser prevenida e não como uma complicação efetiva da doença e da imobilidade, requerendo a sua prevenção conhecimentos, empenhamento dos profissionais e recursos. O enfermeiro tem aqui um papel crucial, atendendo a que é este que planeia e executa os cuidados de acordo com os problemas identificados, procedendo continuamente à sua avaliação.

Assim, a equipa de enfermagem do Centro de Saúde do Curral das Freiras decidiu elaborar um programa de melhoria contínua da qualidade na área da prevenção das úlceras de pressão, visando uma melhoria contínua dos cuidados de enfermagem e da qualidade de vida dos utentes.

1 - Identificar e Descrever o Problema

Apesar dos avanços científicos e da modernização dos cuidados de saúde, a incidência das úlceras de pressão é ainda um problema atual da nossa sociedade e um desafio constante para todos os profissionais e instituições de saúde.

As úlceras por pressão constituem um problema de saúde pública afetando pessoas de todos os grupos etários, com elevados custos quer ao nível do sofrimento do indivíduo e família quer ao nível socioeconómico de consumo de recursos. Nas últimas décadas esta problemática tem vindo a afirmar-se como uma área de preocupação dos profissionais de saúde, particularmente dos enfermeiros. Vários estudos comprovam que 95% das úlceras por pressão são preveníveis. Compreender a prática do cuidar, a partir do desenvolvimento científico e tecnológico, só é possível a partir de uma profunda conceção holística, ou seja, um cuidar que veja diante de si a pessoa integralmente.

Assim, de acordo com 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. As úlceras de pressão também estão associados fatores contribuintes e de confusão cujo papel ainda não se encontra totalmente esclarecido. Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) a úlcera por pressão é considerada um foco de atenção, sendo definida como:

«úlcera com as características específicas: dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidular e perfusão inadequada».

Sabemos que os cuidados de enfermagem centram-se, na sua grande maioria, na recuperação e tratamento do utente, deixando por vezes uma lacuna na área preventiva e profilática. Tal aspeto poderá ser melhorado, aumentando os conhecimentos e treino na área da deteção precoce das úlceras por pressão.

Outro ponto a considerar é que sob o ponto de vista legal, podemos dizer que é da responsabilidade dos Enfermeiros os cuidados com a manutenção da integridade da pele. Com isto fica evidente a necessidade de desenvolvermos cuidados destinados à prevenção e manutenção da pele íntegra.

Algumas lesões são decorrentes de fatores inerentes à doença e ao estado do utente de alto risco, no entanto a grande problemática pode ser evitada através do uso de materiais e equipamentos adequados para o alívio da pressão, cuidados adequados com a pele e considerações com aspetos nutricionais.

A presença de úlceras de pressão tem sido considerada um indicador de qualidade nos serviços de saúde. Neste contexto, a prevenção de complicações assume-se como uma atividade prioritária nos cuidados ao utente em risco de úlcera por pressão, produzindo ganhos em saúde, que resultam das intervenções autónomas dos enfermeiros. Com base neste foco, os enfermeiros poderão ainda realizar intervenções no sentido de capacitar o cliente e cuidador para a prevenção do desenvolvimento de úlceras por pressão.

2- Perceber o Problema

O estudo realizado pelo grupo ICE (grupo de Investigação Científica em Enfermagem) em 2006, comprovou que a prevalência das UPP nas ilhas da Macaronésia, onde estão incluídas: Açores, Madeira e Canárias; era de 14,8%. Sendo que a Ilha da Madeira era a que apresentava a taxa mais elevada: 22,7%, seguindo-se as Canárias com 12,4% e os Açores com 9%. Neste estudo foi também possível apurar, que a prevalência era mais elevada no domicílio, na Madeira e Açores e numa faixa etária de sessenta e cinco e mais anos.

As ilhas Canárias, diferenciam-se com maior prevalência nos hospitais, sobretudo privados. A média de idade da amostra deste estudo (grupo ICE) é de 73,08 anos.

Este estudo demonstrou dados semelhantes a outros estudos de prevalência efectuados com predominância do sexo feminino (59,4%), fator que se deve à esperança média de vida das mulheres ser mais elevada.

Relativamente à avaliação do risco de desenvolver UPP, a escala de Braden foi a utilizada, indicando que cerca de 32,4% dos indivíduos apresentavam médio ou alto risco de desenvolver UPP, indiciando a necessidade urgente de medidas de intervenção; nomeadamente a disponibilidade de equipamentos de prevenção. Neste estudo foi detetado que, cerca de 77% dos indivíduos da amostra não dispunham de qualquer tipo de equipamento de prevenção no leito, e cerca de 90,1% também não o possuíam na cadeira. Quando se estuda a relação entre o grau de risco segundo a escala de Braden e a presença de UPP, constata-se que a prevalência aumenta em função do risco.

Comparando os graus de risco e fatores de risco das UPP, neste estudo, verifica-se que a incontinência dupla (urinária e fecal) é predominante.

Quando comparamos a incontinência com a presença de UPP, a maioria apresenta incontinência fecal (59,5%), seguindo-se a incontinência dupla (30,7%) e por fim utentes com incontinência urinária (11%). Relativamente à nossa Região, através

deste estudo constatou-se que a Madeira apresenta maior relação de doentes com UPP e algum tipo de incontinência.

Estes resultados, vão de encontro ao raciocínio dos autores Versluyen (2000) e Wishin et al (2008) que afirmam, que a alteração do equilíbrio ácido base da pele, devido à irritação da mesma, pela deposição das enzimas autolíticas, é um fator de risco importante para o desenvolvimento das UPP. Facto este, que pode explicar a maior prevalência que apresenta a Madeira. Segundo o grupo ICE, aplicando o software de classificação das UPP (Puclas II), verificou-se existir maior percentagem de UPP no estadio IV (38,9%), seguidas das do estadio III (28%). Sendo importante o destaque exclusivo das Canarias, de lesões por humidade (3,4%) e lesões combinadas (1,7%). Neste estudo verificou-se que as úlceras de maior gravidade localizam-se a nível da sacro (36,8%), seguidas da região trocantérica (18,3%).

No entanto existe um predomínio da localização das UPP nos calcâneos (41,32%), seguidas das da sacro (20,52%) e das do trocânter (19,08%). Estes dados coincidem com os referidos por os autores Atkinson y Murray (1989); Luckmann y Sorensen, (1988); Wounds UK, (2006), que afirmam estas situações dependem da posição em que se encontra o doente.

Existe um projeto a nível regional sobre “Prevenção das Úlceras por Pressão”. É realizada a monitorização das úlceras, bem como o risco de desenvolver UPP, nos centros de saúde e enviados os dados mensalmente ao grupo responsável por este projeto. No centro de saúde do Curral das Freiras a prevalência das úlceras por pressão no ano de 2012 foi de 0,42% e a incidência de 0,34%. No ano 2013 os valores foram de 0,27% e 0,23% respetivamente.

3- Formular Objetivos Iniciais

Ao desenvolvermos este projeto, pretendemos:

1. Identificar a percentagem de utentes da freguesia do Curral das Freiras, com alto risco de desenvolver UPP.
2. Determinar o risco de UPP mensalmente – para os utentes com alto risco de UPP, efetuar registo mensal da Escala de Braden.
3. Delinear, para os utentes com alto risco de UPP, um plano de cuidados para o cuidador informal, de acordo com as necessidades do utente.
4. Formular um plano de cuidados de Enfermagem para os utentes com alto risco de UPP.
5. Formular os diagnósticos e intervenções de enfermagem, de acordo com o grau de risco de UPP, segundo a Escala de Braden.
6. Assegurar que 90% dos utentes com alto risco de UPP, beneficiem das ajudas técnicas necessárias para prevenção das UPP, de acordo com as necessidades do utente.

4- Perceber as Causas

A etiologia das úlceras de pressão é multifatorial, mas a pressão mantida levando à isquemia e necrose teciduais é o fator mais importante. De acordo com estudos científicos, o desenvolvimento de uma UPP deve-se à relação entre a aplicação de uma pressão externa sobre a pele e tecidos subjacentes não adaptados a estas pressões e os efeitos da mesma sobre a micro-circulação local. Segundo Nixon (2004) os fatores de rutura tecidular são:

- A oclusão do fluxo sanguíneo cutâneo e consequente dano devido à reperfusão abrupta dos tecidos sujeitos a isquémia;
- O dano endotelial das arteríolas e da microcirculação devido à aplicação de forças de rutura e deslizamento;
- A oclusão direta dos vasos sanguíneos pela pressão externa durante um período prolongado, resultando em morte celular.

De acordo com Collier e Moore (2006), os valores da pressão crítica de encerramento (18 e 22 mmHg) variam de individuo para individuo e consoante a localização corporal dependendo da proeminência óssea em estudo, do músculo e da estrutura da pele.

Nixon (2004), Collier e Moore (2006) defendem que o modelo de gradiente de pressão, explicando como a pressão resulta em morte celular. A pressão externa é transmitida a partir da epiderme em direção ao interior do osso, e a contra pressão a partir do osso para a epiderme, comprimindo-se desta forma todos os tecidos entre a pele e o osso. A pressão maior é exercida diretamente sobre osso, diminuído gradualmente até à epiderme. Fazendo com que o aporte sanguíneo ao músculo e ao tecido subcutâneo fique comprometido, podendo levar à morte destes tecidos sem, pelo menos numa fase inicial, provocar rutura da epiderme.

Utentes sem deficits de sensibilidade, mobilidade ou alterações do nível de consciência possuem risco baixo de desenvolvimento de úlceras de pressão, uma vez que a mudança constante de posição torna o tempo de isquemia tecidual insuficiente para causar lesões.

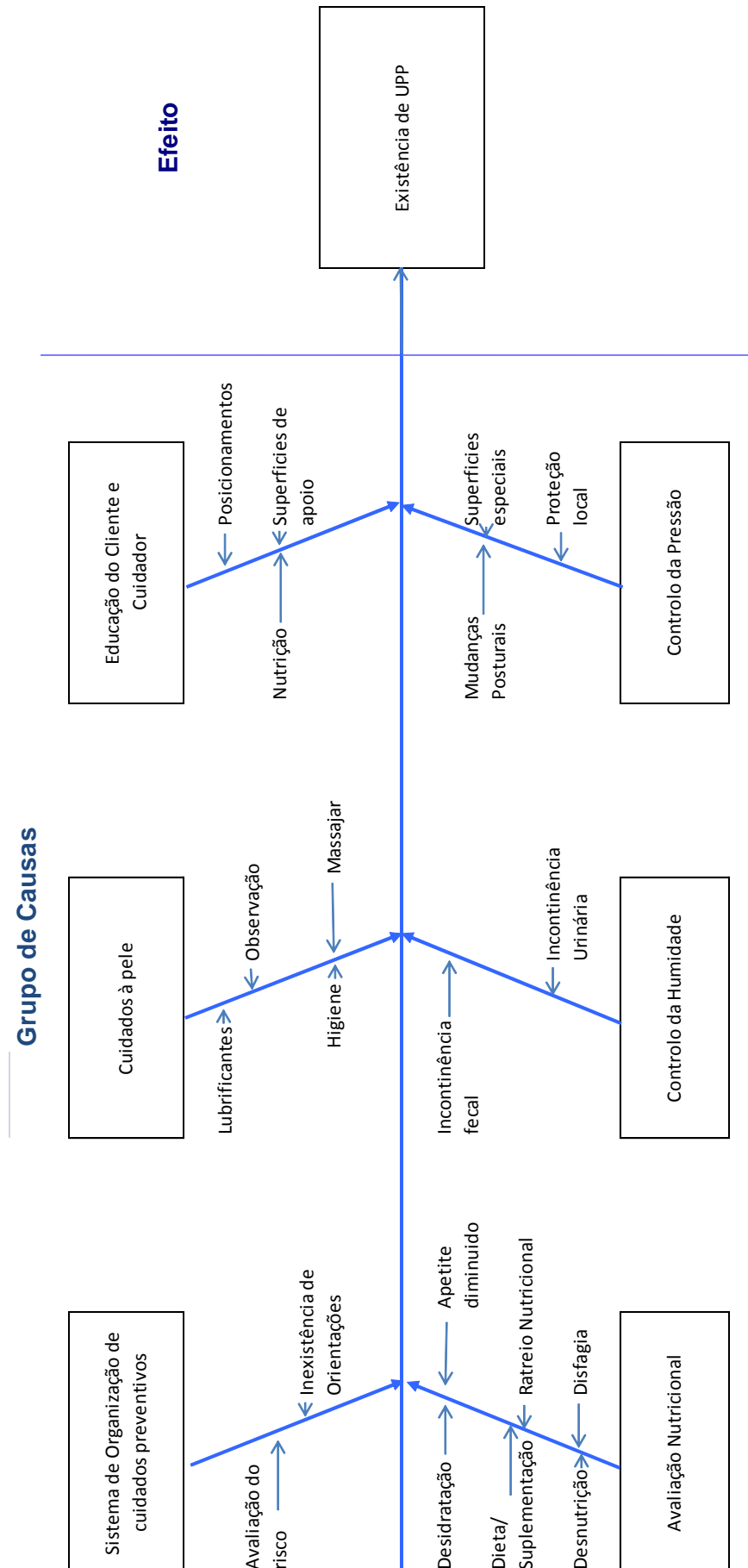
No outro extremo estão os indivíduos com deficits sensitivos e utentes idosos que apresentem diminuição do nível de consciência, demências e mobilidade reduzida.

As forças de deslizamento contribuem ativamente para o dano endotelial, diminuindo a tolerância dos tecidos à pressão. Estas forças, de acordo com Ayello et al (2006), são forças mecânicas que atuam na pele em direção paralela à da superfície corporal. Este processo, além de poder provocar oclusão dos vasos, poderá também originar um estiramento dos mesmos, provocando a sua ruptura e a consequente diminuição do aporte sanguíneo e processo de (re)vascularização.

Por outro lado, a exposição prolongada da pele à humidade também tem como consequência a maceração dos tecidos levando a um enfraquecimento das camadas externas desta, tornando-a mais vulnerável às lesões (Braden, 1997). A humidade da pele está relacionada com as alterações do nível de consciência e outras complicações neurológicas. Dentro destas, estão a incontinência urinária e fecal bem como a sudorese excessiva (Brande e Bergstrom, 1987).

Outros fatores, como a idade avançada, traumatismos, desnutrição, infecção, factores que afetam a perfusão e a oxigenação (diabetes, instabilidade cardiovascular/uso de epinefrina, baixa pressão arterial, índice de pressão tornozelo braço e uso de oxigénio), e o estado geral de saúde, contribuem igualmente para o desenvolvimento de UPP.

De modo a sistematizar, apresento de seguida o diagrama de causa-efeito de Ishikawa (1953).



Chek List para uma avaliação da qualidade (Heather Palmer)

1- Dimensão estudada

Adequação técnico-científica

Capacidade de utilizar os recursos e conhecimentos para produzir saúde e satisfação nos recetores de cuidados.

2 - Unidades de Estudo

- Utilizadores incluídos na avaliação: Utentes com Alto Risco de desenvolver úlceras de pressão (Escala de Braden – Pontuação ≤ 16).
- Profissionais em avaliação: Enfermeiros.
- Período de tempo que se avalia: Entre Março de 2014 e Dezembro de 2014.

3 - Tipo de dados

Indicadores:

Estrutura

- % de utentes com alto risco de UPP que beneficiam de ajudas técnicas para prevenção das UPP

$$\frac{\text{Nº de utentes com alto risco de UPP que beneficiam de ajudas técnicas para prevenção das UPP}}{\text{Nº de utentes com alto risco de UPP}} \times 100$$

Epidemiológicos

- Taxa de Incidência

$$\frac{\text{Nº de novos utentes com UPP}}{\text{Nº total de utentes}} \times 100$$

- Taxa de Prevalência

$$\frac{\text{Nº de utentes com UPP}}{\text{Nº total de utentes}} \times 100$$

Processo

- % de utentes com alto risco de UPP

$$\frac{\text{Nº de utentes com alto risco de UPP}}{\text{Nº de utentes com risco de UPP}} \times 100$$

- % de utentes com alto risco de UPP com registo mensal da Escala de Braden

$$\frac{\text{Nº de utentes com alto risco de UPP com registo mensal da Escala de Braden}}{\text{Nº de utentes com alto risco de UPP}} \times 100$$

- % de utentes com alto risco de UPP com plano de cuidados para o cuidador informal

$$\frac{\text{Nº de utentes com alto risco de UPP com plano de cuidados para o cuidador informal}}{\text{Nº de utentes com alto risco de UPP}} \times 100$$

- % de utentes com planos de cuidados de Enfermagem para o utente com alto risco de UPP

$$\frac{\text{Nº de utentes com planos de cuidados de Enfermagem para o utente com alto risco de UPP}}{\text{Nº de utentes com alto risco de UPP}} \times 100$$

- % de utentes com diagnóstico de Enfermagem adequado ao nível de risco de UPP

$$\frac{\text{Nº de utentes com diagnóstico de Enfermagem adequado ao Nível de risco de UPP}}{\text{Nº de utentes com alto risco de UPP}} \times 100$$

- % de utentes com registo de intervenções de Enfermagem adequados ao nível de risco de UPP

$$\frac{\text{Nº de utentes com registo de intervenções de Enfermagem adequados ao nível de risco de UPP}}{\text{Nº de utentes com alto risco de UPP}} \times 100$$

- Taxa de efetividade diagnóstica:

$$\frac{\text{Nº de utentes com UPP e risco prévio documentado}}{\text{Nº utentes com UPP}} \times 100$$

Resultado

- Taxa de efetividade na prevenção das UPP

$$\frac{\text{Nº de utentes com alto risco de UPP, que não desenvolveram UPP, e com pelo menos uma intervenção documentada, num dado período}}{\text{Nº de utente com alto risco de UPP documentado, no mesmo período}} \times 100$$

4 - Fonte de dados

Processo clínico:

1. Modelo da Escala de Braden
2. Plano de Cuidados para o Cuidador Informal
3. Plano de Cuidados de Enfermagem

5 - Tipo de Avaliação

Interna – Interpares.

6 - Critérios de avaliação

Explícitos – normativos:

- Guidelines Internacionais Úlceras de pressão – Guia de referência rápida – Prevenção.
- Orientação da Direção-Geral de Saúde: Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q) – 017/2011.

Risco de UPP

Critérios	Exceções	Esclarecimentos
<i>O enfermeiro deve:</i> - Identificar a população com alto risco de UPP - Aplicar a Escala de Braden mensalmente à população de alto risco de UPP - Delineou um plano de cuidados para o cuidador	Utentes que não fazem parte da população com alto risco de desenvolver UPP	Guidelines Internacionais Úlceras de pressão – Guia de referência rápida – Prevenção Orientação da Direção-Geral de Saúde: Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q) – 017/2011. Plano de Cuidados para o Cuidador Informal

<p>informal, de acordo com as necessidades do utente.</p> <p>- Formulou um plano de cuidados de Enfermagem para o utente com alto risco de UPP</p> <p>- Formular o diagnóstico de enfermagem de acordo com o grau de risco</p> <p>- Prescrever as intervenções de acordo com o nível do risco de UPP segundo a escala de Braden</p> <p>- Providenciar ajudas técnicas para prevenção das UPP</p>		<p>Plano de Cuidados de Enfermagem</p> <p>- O enfermeiro deve registar no mínimo 6 intervenções.</p>
--	--	--

7 - Colheita de Dados

A colheita de dados será executada anualmente (Dezembro 2014) pelos Enfermeiros, através de um Check list (Anexo II).

8 - Relação Temporal

Prospetivo: Março de 2014 e Dezembro de 2014

9 - Seleção da Amostra

Utentes inscritos no Centro de Saúde do Curral das Freiras no ano de 2014 com Alto Risco de desenvolver UPP, de acordo com a Escala de Braden.

10 - Intervenção prevista

Medidas educacionais:

- Formação em Serviço à Equipa de Enfermagem sobre as Guidelines Internacionais Úlceras de pressão – Guia de referência rápida – Prevenção.
- Formação em serviço à equipa de Enfermagem sobre os Modelos:
 - Escala de Braden (DGS: 017/2011)
 - Plano de cuidados para o cuidador informal
 - Plano de cuidados de Enfermagem das UPP

5 – Planear e Executar as Atividades

Para a concretização deste programa de melhoria contínua da qualidade elaboramos um plano de intervenção, baseado nas Guidelines Internacionais Úlceras de Pressão:

Avaliação de risco

1. Avaliar o risco do utente com alto risco de UPP mensalmente
2. Documentar todas as avaliações
3. Formar a equipa de enfermagem sobre a avaliação de riscos rigorosa e fiável
4. Avaliar a atividade e mobilidade dos utentes em alto risco
5. Avaliar fatores que afetam a perfusão e a oxigenação
6. Avaliar exposição do utente à humidade
7. Implementar o plano de cuidados de enfermagem das UPP
8. Elaborar um plano de cuidados para o cuidador informal

Avaliação da pele

9. Proceder a uma avaliação completa da pele
10. Formar a equipa de enfermagem sobre a forma de se obter uma avaliação abrangente da pele que inclua as técnicas de identificação de respostas ao branqueamento (de reperusão), calor local, edema e tumefação (rigidez).
11. Inspeccionar a pele regularmente quanto a zonas de rubor, em indivíduos que foram identificados como estando em risco de desenvolver UPP.
12. Pedir a colaboração do indivíduo na identificação de eventuais áreas de desconforto ou dor que possam ser atribuídos a danos causados por pressão.
13. Documentar todas as avaliações da pele
14. Ensinar prestador de cuidados sobre inspeccionar a pele

Cuidados com a pele

15. Não posicionar o utente sobre uma superfície corporal que ainda se encontre ruborizada.
16. Não massajar como medida preventiva de úlceras de pressão
17. Não esfregar vigorosamente a pele que se encontre em risco de UPP
18. Utilizar emolientes para hidratar a pele seca

19. Proteger a pele da exposição à humidade excessiva através do uso de produtos barreira de forma a reduzir o risco de lesão por pressão.
20. Orientar prestador de cuidados relativamente aos cuidados com a pele

Nutrição para a prevenção das UPP

21. Avaliar estado nutricional do utente
22. Referenciar, se possível, todos os indivíduos em risco nutricional e de desenvolvimento de UPP para o nutricionista.
23. Validar e orientar regime dietético com utente e prestador de cuidados

Alternância de decúbitos para a prevenção das úlceras de pressão

24. Instruir para mudança de decúbitos em todos os indivíduos que se encontrem em risco de desenvolver UPP

Frequência dos posicionamentos

25. Determinar a frequência dos posicionamentos de acordo com as necessidades do utente

Técnicas de posicionamento

26. Reposicionar o individuo de forma que a pressão seja aliviada ou redistribuída
27. Evitar sujeitar a pele à pressão ou forças de torção
28. Utilizar ajudas de transferência para evitar a fricção e torção. Levantar e não arrastar, o individuo enquanto reposicionamos.
29. Evitar posicionar o individuo em contato direto com dispositivos médicos
30. Evitar posicionar o individuo sobre proeminências ósseas que apresentem eritema não branqueável.
31. O reposicionamento deve ser feito usando 30° enquanto na posição de semi-Fowler ou na posição de pronação, e uma inclinação de 30° para posições laterais (alternadamente lado direito, dorsal e lado esquerdo), se o individuo poder tolerar estas posições e a sua condição clínica o permitir. Evitar posturas que aumentem a pressão, tais como o Fowler acima dos 30° ou a posição de deitado de lado a 90°, ou a posição de semi-deitado.
32. Se a posição de sentado na cama for necessária, evitar elevar a cabeceira da cama e uma posição incorreta que centre a pressão ao nível da sacro e cóccix.

Reposicionamentos de um indivíduo sentado

33. Posicionar o indivíduo de forma que este possa manter todas as suas atividades por completo.
34. Escolher uma posição que seja tolerada pelo indivíduo e minimize a pressão e a torção exercidas na pele e tecidos moles
35. Se os pés do indivíduo não chegam ao chão, coloque-os sobre um apoio para os pés
36. Restringir o tempo que o indivíduo passa sentado na cadeira sem alívio de pressão.

Documentação dos reposicionamentos

37. Registrar os posicionamentos

Formação e treino no reposicionamento

38. Formar e treinar equipa de enfermagem, utente e prestador de cuidados sobre os posicionamentos.

Superfícies de apoio

39. Escolher adequadamente as superfícies de apoio.
40. Avaliar a adequabilidade e funcionalidade das superfícies de apoio a cada contato com o indivíduo.
41. Verificar se a superfície de apoio se encontra dentro do tempo de vida útil.
42. Utilizar colchões de espuma altamente específica
43. Utilizar superfície de apoio dinâmica, quando o reposicionamento manual frequente não é possível
44. Continuar a reposicionar os indivíduos com risco de UPP independentemente da superfície de apoio
45. Assegurar-se que os calcâneos se encontram afastados da superfície da cama
46. Os dispositivos de proteção 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.

47. Utilizar uma almofada debaixo das pernas (região dos gêmeos) para elevar os calcâneos (calcâneos flutuantes).
48. Inspeccionar regularmente a pele dos calcâneos
49. Utilizar 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.
50. Limitar o tempo que o individuo passa sentado numa cadeira sem alívio de pressão.
51. Evitar o uso de pele de carneiro sintética, dispositivos recortados em forma de anel ou donut e luvas cheias de água.
52. A pele de carneiro natural poderá ajudar a prevenir as úlceras de pressão.
53. Formar equipa de enfermagem e prestador de cuidados sobre superfícies de apoio
54. Assegurar superfícies de apoio necessárias para os utentes com alto risco de UPP

6- Verificar os Resultados

Posteriormente segue-se a apresentação da análise e discussão dos resultados, tendo em consideração os objetivos e a questão central do nosso programa de melhoria contínua da qualidade.

Para Burns & Grove (2001) a análise de resultados tem por objetivo reduzir, organizar e atribuir um significado aos dados, recorrendo a procedimentos descritivos e exploratórios para expor as variáveis em estudo na amostra. De igual modo, recorre a técnicas de estatística para descrever a ocorrência das situações, testar relações propostas, fazer previsões e examinar a casualidade.

Posteriormente apresento os dados, relativos a 2014, de forma descritiva e em gráfico, com o intuito de facilitar a compreensão e visualização dos mesmos.

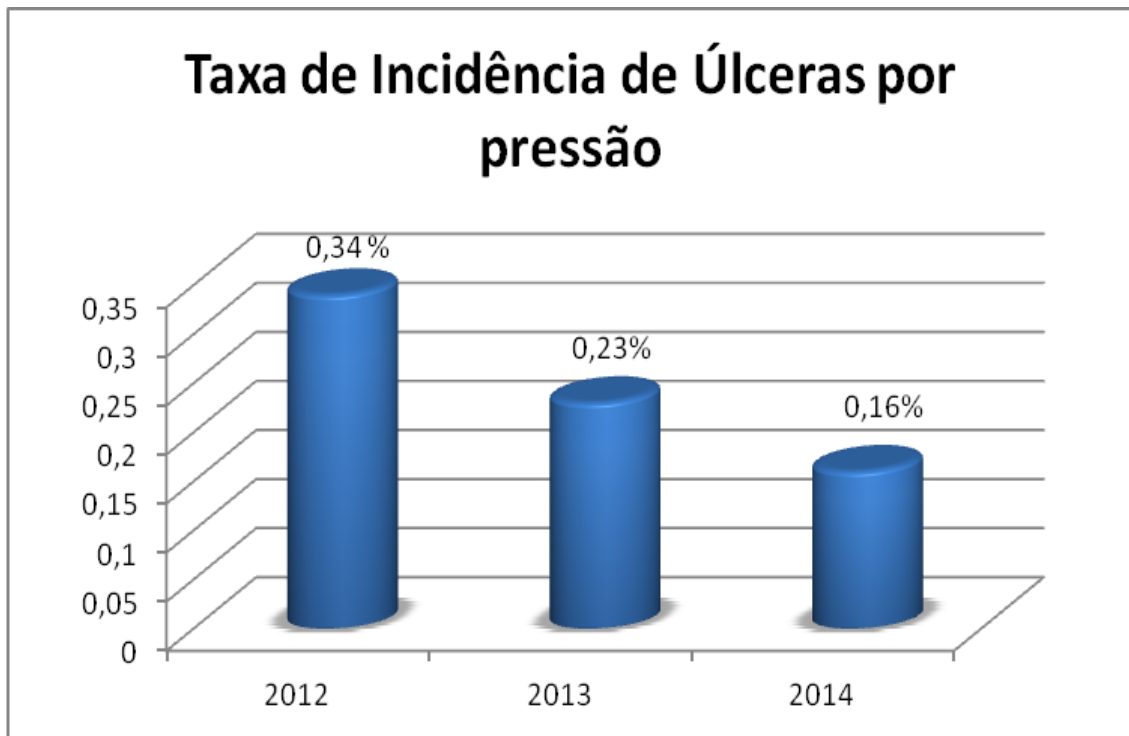
Relativamente ao indicador de estrutura, verificámos que 100% dos utentes com alto risco de desenvolver úlceras por pressão, beneficiaram de ajudas técnicas adequadas às necessidades específicas de cada um.

No que concerne aos indicadores epidemiológicos, nomeadamente à taxa de incidência, obtivemos aproximadamente 0,16%, como podemos constatar no cálculo apresentado.

$$\text{Taxa de incidência} = \frac{4}{2505} \times 100 \approx 0,16\%$$

Taxa esta que quando comparada com os anos anteriores denota-se uma evolução favorável, como podemos verificar através do gráfico n.º 1.

Gráfico n.º 1 – Evolução das taxas de incidência

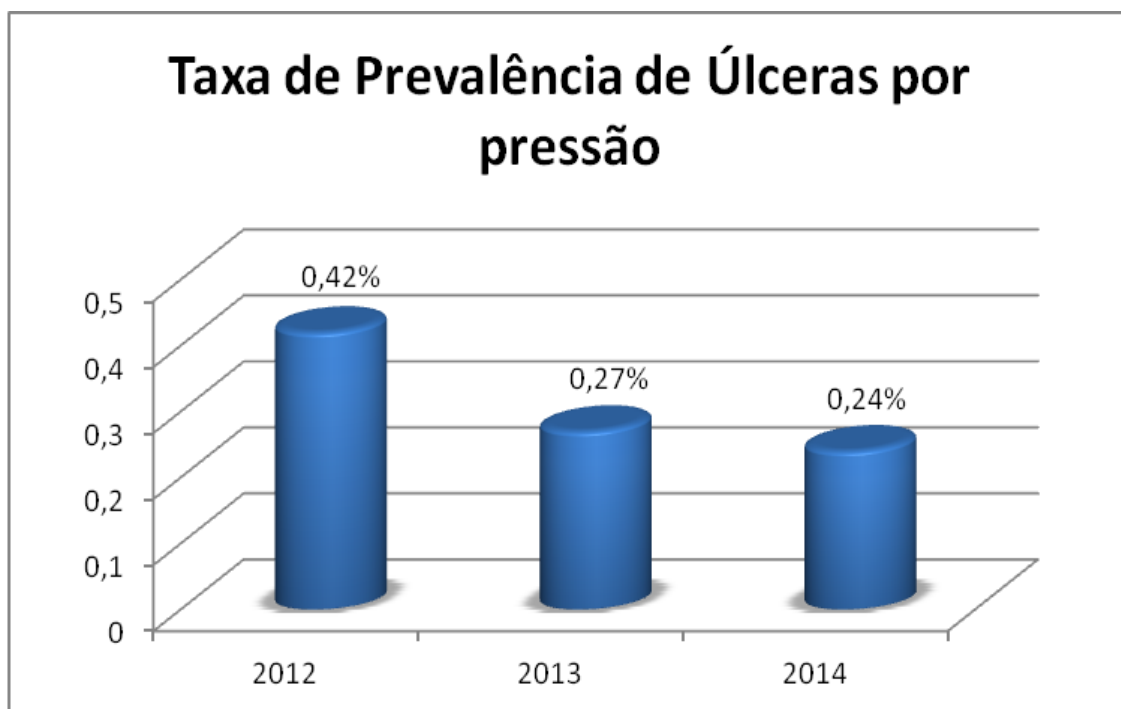


Em relação à taxa de prevalência, auferimos uma percentagem de aproximadamente 0,24%.

$$\text{Taxa de Prevalência} = \frac{6}{2505} \times 100 \approx 0,24\%$$

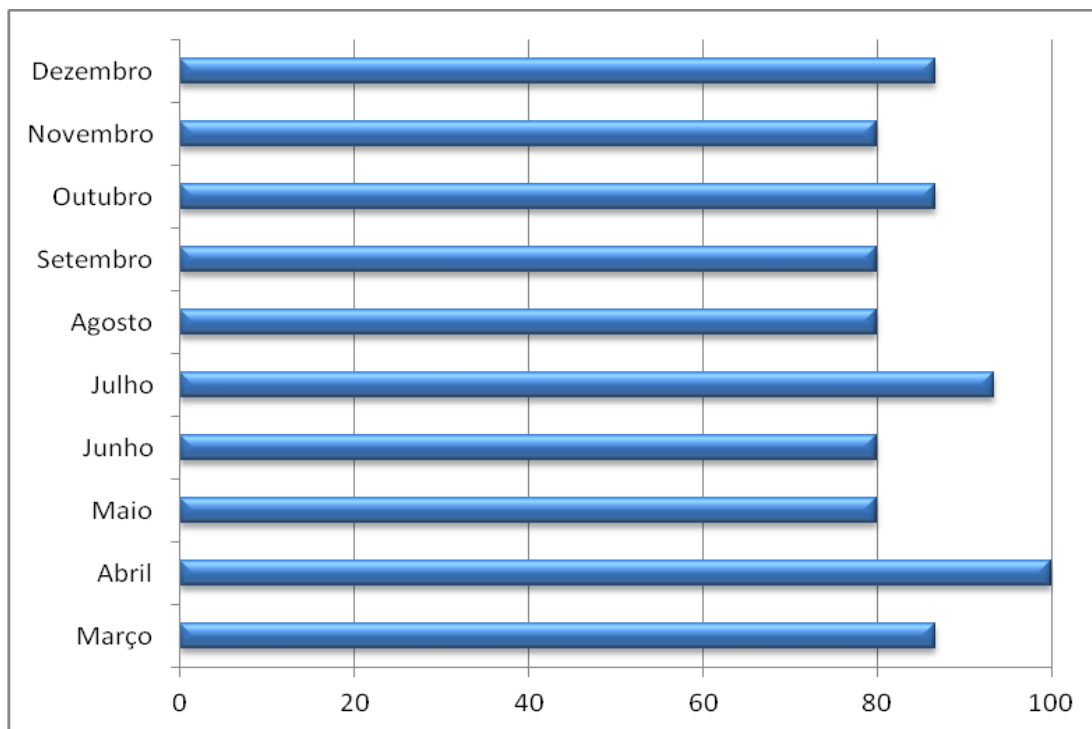
À semelhança da taxa calculada anteriormente, a taxa de prevalência relativa a 2014, quando comparada com os anos anteriores, denota-se um decréscimo, como podemos averiguar através do gráfico n.º 2.

Gráfico n.º 2 – Evolução das taxas de prevalência



Procedendo à análise dos indicadores de processo, apuramos uma percentagem de 50% de utentes com alto risco de desenvolver úlceras por pressão. Verificamos uma percentagem de 40% no que concerne ao registo mensal da Escala de Braden, sendo esta uma percentagem relativamente baixa, justifico a mesma através do gráfico n.º 3, no qual é possível averiguar valores de registo mensal mais baixos, na ordem dos 80%, sobretudo nos períodos de férias dos enfermeiros que participam no programa de melhoria continua.

Gráfico n.º 3 – Registo Mensal da Escala de Braden aos utentes com alto risco de desenvolver UPP



Quanto ao plano de cuidados para o cuidador informal, plano de cuidados de enfermagem para o utente com alto risco de desenvolver úlceras por pressão e registo de intervenções de Enfermagem adequadas ao nível de risco, apurámos uma percentagem de 100%. Relativamente aos diagnósticos de enfermagem levantados adequados ao nível de risco de úlceras por pressão obtivemos uma percentagem de 73,33%.

A taxa de efetividade diagnóstica foi de 100%.

$$\text{Taxa de efetividade diagnóstica} = \frac{4}{4} \times 100 = 100\%$$

Relativamente ao indicador de resultado, obtivemos 73,33% na taxa de efetividade na prevenção das úlceras por pressão.

7- Propor medidas corretivas, standardizar e treinar a equipa

Com o desígnio de uma melhoria contínua dos cuidados de enfermagem para a prevenção das úlceras por pressão propomos a formação da equipa de enfermagem, auditorias internas, divulgação de resultados a nível institucional. Propomos também a revisão de todos os procedimentos, de modo a otimizar os cuidados prestados.

8- Reconhecer e partilhar o sucesso

Em 2015, na primeira reunião de serviço da equipa de Enfermagem, apresentou-se os resultados obtidos no final de 2014. Foi congratulada a equipa de Enfermagem, pelos resultados a nível da incidência e prevalência de úlceras por pressão, taxa de efetividade diagnóstica, taxa de efetividade na prevenção de úlceras por pressão, a percentagem de utentes que beneficiaram de ajudas técnicas para a prevenção de úlceras por pressão, bem como o registo adequado do plano, intervenções de enfermagem e plano do cuidador informal.

O sucesso do programa de melhoria contínua será divulgado no 2º Encontro de Benchmarking organizado pela ordem dos enfermeiros.

Referências Bibliográficas

- Bravo, M. Ángel (Maio, 1998) – Úlceras por presión en atención primaria – frecuencia y características. Rol. n.º 237, p. 55-58
- Burns, N. & Grove, S. K. (2001). *The Practice of Nursing Reserch – Conduct, Practice and Utilization*, (4ª ed.). USA: W. B. Saunders Company.
- Costa, Arminda; PAGGI, Battistino et al (2006) – Enfermagem e úlceras por pressão: Da reflexão sobre a disciplina às evidências nos cuidados – Grupo ICE (Investigação Científica em Enfermagem).
- **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 (2009).
- Lopes, Ana et al (2012). *Prevenção de úlceras por pressão*. [Consulta: 22 Março 2015]. URL: <https://prezi.com/5mdicc-zr2fg/prevencao-de-ulceras-por-pressao/>
- Lopes, Marlene Isabel; SANTOS, Maria Regina (Maio 2002) – A Prática de Cuidados de Enfermagem na Prevenção das Úlceras de Pressão. *Referência*. n.º 8, p. 63.
- Ordem dos Enfermeiros (Outubro 2007) - Sistema de Informação de Enfermagem (SIE), Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados de Saúde, p. 16.
- Orientação da Direção-Geral da Saúde: Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q) (19/05/2011); Nº 017/2011.
- Pini, Luna Ribeiro Queiroz (Junho 2012) – Prevalência e prevenção de úlceras de pressão em unidades de saúde de longa duração.
- Rocha, J. A.; Miranda, M. J.; Andrade, M. J. (2006) – Abordagem Terapêutica das úlceras de pressão – Intervenções baseadas na evidência – Acta Med. – 19, p.29 – 38.

ANEXOS

ANEXO I

(Orientação da Direção-Geral da Saúde: Escala de Braden nº 017/2011)

ANEXO I

Escala de Braden - Adulto

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Nome do doente:	Serviço:	Nome do avaliador:	Idade:	Data da avaliação:
Percepção sensorial	1. Completamente limitada: Não sente a estimulação dolorosa (não sente, não se retrai nem se agita a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou a sedação.	2. Muito limitada: Responde unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue controlar o desconforto, exceto através de gemidos ou equívocos.	3. Limitadamente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue controlar o desconforto ou a necessidade de se mudar de posição.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais, não apresenta dificuldade sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.
Humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudoreses, urina, etc. E devida humidade sempre que o doente é colocado na virilha.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente molhada, suada, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional dos lençóis, atenuadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca, os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.
Atividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer qualquer movimento sem auxílio, nem obter alívio da sensação na cadeira normal ou de rede.	3. Andar ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas com as devidas, com ou sem auxílio, dentro da maior parte dos turnos de trabalho ou de estudo.	4. Andar frequentemente: Andar 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.
Mobilidade	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer movimentos frequentes ou significativos sem ajuda.	3. Limitadamente limitada: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes e frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.
Nutrição	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come duramente das refeições, ou menos, de proteínas (carne ou batatas). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas é considerada inadequada em três refeições diárias de carne ou batatas. Ocasionalmente toma um suplemento dietético.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, batatas). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, batatas). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.
Fração e forças de deslocamento	1. Paralisia: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem debitar contra os lençóis. Deixa frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda manual. Espasmos, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele doente 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 desliza.	3. Nenhum problema: 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 correta posição na cama ou cadeira.	
				Pontuação total

Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.

© Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1989.
 Versão Portuguesa 2001. Cuias Magister, Cristina Miguel, João Ferreira, João Goncalves, João Turrão,
 Grupo Associativo de Investigação em Feridas (GAF) e Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC)

ANEXO II

Chek list – Prevenção das UPP

O Enfermeiro	Sim	Não
1. Identificou a população com alto risco de UPP?	S	N
2. Efetuou o registo da Escala de Braden?	S	N
3. Delineou um plano de cuidados para o cuidador informal, de acordo com as necessidades do utente?	S	N
4. Formulou um plano de cuidados de Enfermagem para o cliente com alto risco de UPP?	S	N
5. Formulou o diagnóstico de Enfermagem de acordo com o grau de risco?	S	N
6. Prescreveu as intervenções de acordo com o nível do risco de UPP, segundo a Escala de Braden?	S	N
7. Providenciou ajudas técnicas para prevenção das UPP?	S	N

Data: ____/____/____

Enf. _____

ANEXO III
(Plano de Cuidados – Cuidador Informal)

PLANO DE CUIDADOS – CUIDADOR INFORMAL

Centro de saúde: _____ Enfº de Família: _____

Nome do utente: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Cuidados à pele	
	Inspecionar a pele 1 ou 2 vezes ao dia
	Manter a pele limpa e seca
	Usar agente de limpeza suave
	Evitar água quente e fricção
	Usar emoliente/hidratante com função de barreira
	Não massajar a pele sobre proeminências ósseas
Controlo do esvaziamento vesical/intestinal	
	Quando não for possível, limpeza imediata após evacuação, aplicação de agentes hidratantes barreira e fraldas altamente absorventes
Suporte Nutricional	
	Dar 5 a 6 refeições por dia
	Dar líquidos (água e/ou chás)
	Fazer suplementos (SOS)
Posicionamentos	
	Reposicionar utente no leito (2/2h)
	Posicionar em decúbitos laterais de 30º
	A cabeceira da cama posicionada abaixo de 30º
	Utilizar almofadas ou cunhas em espuma para evitar contato direto das superfícies ósseas (joelhos)
	Utilizar almofadas ao nível dos gêmeos para elevação dos calcanhares
	Não usar: Luvas de água, almofadas tipo donut, calcanhares de pelo sintético
	Fazer exercícios com o utente (ativos/passivos)
	Manter os lençóis sempre secos, sem vincos e sem restos alimentares
Reposicionamentos na cadeira	
	Utente com peso bem distribuído, alinhado e com apoio dos pés (se necessário)
	Se possível, instruir utente para, a cada 15-20 minutos, fazer transferência de peso através de push-up e/ou inclinações laterais do tronco
	Caso não consiga efetuar redistribuição do peso, o utente não deverá permanecer na cadeira mais de duas horas
	Utilizar, se necessário, cadeira com mecanismo automático de transferência de peso
Transferências	
	Não arrastar o doente
	Utilizar dispositivos de elevação (elevador, trapézio), de rolamentos ou lençóis de transferência
Dispositivos de redução de pressão	
	Calcanheira, cotovela
	Almofada anti-escaras para cadeira
	Dispositivos de redução de pressão para o leito (Cama, colchão, cobertura, estáticos ou dinâmicos)

ANEXO IV
(Plano de cuidados de Enfermagem das UPP)

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Centro de Saúde _____

Enf. de Família: _____

Nome do Cliente: _____

DN: _____ / _____ / _____

Proc: _____ / _____

DIAGNÓSTICO	RESULTADO ESPERADO A: Data: ____/____/____	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADOS A: Data: ____/____/____
<p>Foco:</p> <p><input type="checkbox"/> Úlcera por Pressão (Grau ____)</p> <p>(Localização: _____)</p> <p>Juízo:</p> <p><input type="checkbox"/> Nenhum</p> <p><input type="checkbox"/> Mesmo nível</p> <p><input type="checkbox"/> Risco</p> <p>Foco:</p> <p><input type="checkbox"/> Conhecimento sobre úlcera por pressão</p> <p>Juízo:</p> <p><input type="checkbox"/> Nenhum</p> <p><input type="checkbox"/> Diminuído</p> <p><input type="checkbox"/> Potencial para desenvolvimento</p>	<p>Foco:</p> <p><input type="checkbox"/> Úlcera por Pressão</p> <p>Juízo:</p> <p><input type="checkbox"/> Nenhuma</p> <p><input type="checkbox"/> Nível decrescente</p> <p>Foco:</p> <p><input type="checkbox"/> Conhecimento sobre úlcera por pressão</p> <p>Juízo:</p> <p><input type="checkbox"/> Melhorado</p>	<p><input type="checkbox"/> Descrever UPP (localização; forma; tamanho; coloração; exsudado;...)</p> <p><input type="checkbox"/> Determinar/Avaliar UPP (preencher Modelo 226/CS)</p> <p><input type="checkbox"/> Inspeccionar pele</p> <p><input type="checkbox"/> Vigiar pele periférica</p> <p><input type="checkbox"/> Executar penso de ferida – (UPP) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Vigiar penso da ferida</p> <p><input type="checkbox"/> Validar/Ensinar/Reforçar conhecimentos do cliente/prestador de cuidados sobre:</p> <p><input type="checkbox"/> Como prevenir UPP</p> <p><input type="checkbox"/> Posicionamentos</p> <p><input type="checkbox"/> Sinais/Sintomas das complicações de UPP</p> <p><input type="checkbox"/> Ingestão de alimentos e de líquidos</p> <p><input type="checkbox"/> Minimizar pele húmida/pele seca</p> <p><input type="checkbox"/> Cuidados com penso de ferida</p> <p><input type="checkbox"/> Monitorizar risco de UPP (Escala de Braden) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Incentivar o cuidar da higiene corporal</p> <p><input type="checkbox"/> Orientar prestador de cuidados para vigiar penso de ferida</p> <p><input type="checkbox"/> Informar prestador de cuidados/cliente sobre cicatrização</p> <p><input type="checkbox"/> Avaliar resposta psicossocial ao plano de cuidados</p> <p><input type="checkbox"/> Informar sobre colêção (de pressão alterna)</p> <p><input type="checkbox"/> Referir para Serviços de Saúde</p> <p><input type="checkbox"/> Providenciar ajudas técnicas</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p>	<p>Foco:</p> <p><input type="checkbox"/> Úlcera por Pressão</p> <p>Juízo:</p> <p><input type="checkbox"/> Nenhuma</p> <p><input type="checkbox"/> Mesmo nível</p> <p><input type="checkbox"/> Nível decrescente</p> <p>Foco:</p> <p><input type="checkbox"/> Conhecimento sobre úlcera por pressão</p> <p>Juízo:</p> <p><input type="checkbox"/> Melhorado</p> <p><input type="checkbox"/> Mesmo nível</p> <p><input type="checkbox"/> Diminuído</p> <p><input type="checkbox"/> Nenhum</p> <p><input type="checkbox"/> Potencial para desenvolvimento</p>

ANEXO V
(Guidelines Internacionais Úlceras de pressão – Guia de referência rápida –
Prevenção)

