

6. Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;
7. Comparar diagnóstico pré operatório com os exames anatomopatológicos das peças cirúrgicas (avaliar amostra significativa, em porcentagem a ser definida pela própria comissão respeitando sua disponibilidade);
8. Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necropsias, mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos).
9. Zelar pelo sigilo ético das informações;
10. Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado.

Art. 10º. São Atribuições do Presidente da Comissão:

1. Convocar e presidir as reuniões;
2. Indicar seu vice – presidente;
3. Representar a comissão junto a Diretoria da Instituição, ou indicar seu representante;
4. Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;
5. Fazer cumprir o regimento;
6. Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de minerva);
7. Nas faltas e impedimentos legais do presidente assumirá seu vice-presidente;

Parágrafo Único. As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Art. 11º. São atribuições e competências da secretaria da Comissão:

1. Organizar a ordem do dia;
2. Receber e protocolar os processos e expedientes
3. Lavrar a ata das sessões/reuniões;
4. Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;
5. Organizar e manter o arquivo da comissão;



INSTITUTO DE GESTÃO E CIDADANIA
FLS 453 de 09/14
IGCC

6. Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionada ao serviço desta secretaria;
7. Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolve-los em 24h após o trabalho realizado.

VII. DISPOSIÇÕES GERAIS

Art.12º. Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CRO, em conjunto com o diretor técnico da instituição;

Art.13º. Este Regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Art.14º. O regimento entrará em vigor após aprovação da Diretoria e publicação dos membros em Mural.

NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

APRESENTAÇÃO

Desde Hipócrates ter dito “primeiro, não cause dano”, há mais de dois mil anos, e muitos hospitais realizarem atividades para discutir erros, até recentemente os erros associados à assistência eram considerados um “subproduto” inevitável da medicina moderna ou um infortúnio advindo de maus prestadores desses serviços (Wachter 2008). Isto começou a mudar em 1999, com a publicação do relatório “Errar é Humano”. A estimativa deste relatório ficou entre 45.000 a 100.000 óbitos de pacientes. Eventos adversos relacionados à assistência são frequentes (em torno de 10%) na literatura mundial.

No Brasil, pesquisa recente em três hospitais de ensino do Rio de Janeiro identificou uma incidência de 7,6% de pacientes com eventos adversos, sendo 66,7% destes com eventos adversos evitáveis (Mendes, 2009).



Esse contexto incentivou na última década a promoção de diferentes iniciativas para garantir cuidados de saúde mais seguros. Dentre elas, destaca-se a criação de programas de qualidade e segurança e monitoramento com base em indicadores.

SUMÁRIO

- I. Introdução
- II. Objetivos
- III. Objetivos Específicos
- IV. Termos e Definições
- V. Descrição do Processo de Gerenciamento de Riscos
- VI. Mapeamento e Identificação
- VII. Notificações e Avaliação Ações para controle
- VIII. Comunicação
- IX. Educação continuada
- X. Referências Bibliográficas

I - INTRODUÇÃO

O Programa de Segurança do Paciente constitui-se em “documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando à prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde”.

A implantação do PSP deve reduzir a probabilidade de ocorrência de EAs resultantes da exposição aos cuidados em saúde, devendo ser focado na melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde, na disseminação sistemática da cultura de segurança, na articulação e integração dos processos de gestão de risco e na garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.



A Portaria Ministerial 529/2013 institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Regulamentada pela RDC 36/2013, a qual institui as Ações Para a Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, possui foco em promoção de ações voltadas à segurança do paciente em âmbito Hospitalar. As ações incluem promoção, execução e monitorização de medidas intraHospitalares com foco na segurança do paciente.

A Rede Sentinela e Vigilância Pós-Comercialização (Vigipós) funcionam como observatório no âmbito dos serviços para o gerenciamento de riscos de produtos e hemoderivados à saúde, em atuação conjunta e efetiva com o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Introdução

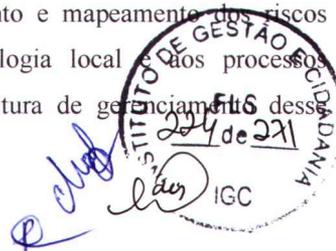
O Programa de Segurança do Paciente (PSP) é constituído de ações de orientação técnico administrativas com foco primordial em prevenir a ocorrência de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência a pacientes e aos profissionais da instituição.

O PSP prevê ações que garantam a comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde, estimule a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada e promova um ambiente de assistência seguro.

Em conformidade com a RDC 36/2013, o Núcleo de Segurança do Paciente deve ser constituído e nomeado pela direção do Hospital.

II - OBJETIVOS

O objetivo da criação do Programa de Segurança do Paciente é regulamentar as ações de segurança do paciente do Hospital inclui o reconhecimento e mapeamento dos riscos institucionais relacionados à especificidade da epidemiologia local e aos processos assistenciais, de forma a estimular a criação de uma cultura de gerenciamento desses



INSTITUTO DE GESTÃO E CIDADANIA
24 de 21
IGC

cuidado, bem como organizar as estratégias e as ações que previnam, minimizem e mitiguem os riscos inerentes a estes processos.

III - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar e estabelecer os riscos assistenciais associados aos processos de trabalho do Hospital;
- Realizar o processo de gestão dos riscos identificados;
- Promover a melhoria de resultados através das análises das ocorrências dos diversos tipos de incidentes: circunstâncias notificáveis com grande potencial para danos, incidentes, eventos adversos e eventos sentinela, a fim de oportunizar a revisão de processos e metodologias sistematizadas que garantam a segurança em diferentes âmbitos.
- Promover cultura de segurança, implementar ações de controle dos riscos bem como monitorá-los, atenuando e minimizando suas consequências com maximização dos resultados;

IV - TERMOS E DEFINIÇÕES

Para o correto entendimento dos termos utilizados no PSP, as definições abaixo devem ser consideradas, com base na Resolução 36/2013 e Relatório Técnico OMS 2009 (Classificação Internacional sobre Segurança do Paciente).

Incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.

- Evento Adverso: incidente que resulta em dano ao paciente.
- Evento Sentinela: ocorrência inesperada ou variação do processo envolvendo óbito, qualquer lesão física grave (perda de membro ou função) ou psicológica, ou risco dos mesmos. Assinalam necessidade de investigação imediata bem como sua resposta.
- Segurança do Paciente: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.
- Gestão de Risco: aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam

segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

- Dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.
- Cultura de Segurança: conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde.
- Farmacovigilância: é o trabalho de acompanhamento do desempenho dos medicamentos que já estão no mercado. As suas ações são realizadas de forma compartilhada pelas vigilâncias sanitárias dos estados, municípios e pela Anvisa.
- Tecnovigilância: é o sistema de vigilância de eventos adversos e queixas técnicas de produtos para a saúde (equipamentos, Materiais, Artigos Médico-Hospitalares, Implantes e Produtos para Diagnóstico de Uso "in-vitro"), com vistas a recomendar a adoção de medidas que garantam a proteção e a promoção da saúde da população.

V - DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS

O Núcleo de Segurança do Paciente em conformidade com a Portaria 529/2013 que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente e a RDC 36/2013, que institui as Ações para Segurança do Paciente, adota como escopo de atuação para os eventos associados à assistência à saúde, as Seis Metas da Organização Mundial da Saúde.

Estas metas estão traduzidas nos 05 (cinco) Protocolos de Segurança do Paciente:

- PREVENÇÃO DE QUEDA
- LESÃO POR PRESSÃO
- HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS
- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
- SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS



Além destas metas, princípios de segurança também são implementados:

- Prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;
- Segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;
- Comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde; Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada.
- Promoção do ambiente seguro.

VI - MAPEAMENTO E IDENTIFICAÇÃO

Descrever como será realizado o mapeamento dos riscos, considerando as especificidades de cada área. Este mapeamento deve ser realizado em conjunto com os gestores e equipe, através da construção do Mapa de Risco de cada setor/área para definição, classificação e avaliação de cada.

VII - NOTIFICAÇÕES E AVALIAÇÃO

De forma a obter controle mais efetivo dos riscos, deve ser elaborado sistema interno de notificação de incidentes, incluindo eventos adversos e eventos sentinela. Este sistema de notificação pode ser realizado de diversas formas, dentre as quais encontra-se a ficha de notificação de incidentes.

Uma vez notificado o incidente deve ser avaliado quanto à sua natureza.

Esta classificação pode ser feita inicialmente

- (1) por meio dos protocolos publicados pelo ministério da saúde,
- (2) por meio das terminologias adotadas pelo ministério da saúde ou
- (3) por taxonomia descrita pela Organização Mundial de Saúde

Os incidentes e eventos adversos devem ser monitorados. Devem ser investigados com análise crítica e ações para melhoria. Eventos Adversos com óbitos devem ser comunicados à ANVISA com até 72 horas de evolução.



Por meio de conhecimento de epidemiologia dos eventos adversos da instituição é possível construir sistemas mais seguros. Quanto maior for o número de notificações, maior é a possibilidade de a instituição formular meios para minimizar os riscos relacionados à assistência em saúde.

O Programa de Contingência será útil caso um incidente/evento ocorra, com ações de prevenção e contenção. Neste ponto descrevem-se os mecanismos, sistemática e ferramentas para en- caminhamento de eventos adversos. Podem incluir Programas de Ação, Normativas Institucionais, Protocolos assistenciais, Procedimentos Operacionais Padrão, etc.

VIII - COMUNICAÇÃO

A comunicação com a equipe da instituição deve ser definida neste ponto, por meio de indicadores e estratégias de comunicação institucional.

IX - EDUCAÇÃO CONTINUADA

Serão implementadas atividades de educação continuada em diferentes momentos e de forma sistemática para os todos os públicos DO HOSPITAL.

Tem como foco a manutenção e ampliação da cultura de segurança com conceitos gerais e específicos setoriais na segurança do paciente e gerenciamento de riscos.

Definir:

- 1- Momentos
- 2- Público alvo
- 3- Conteúdo
- 4- Formato
- 5- Campanhas.

X - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in UPAs in Brazil. Int J Qual Health Care 2009; 21:279-84.



PORTARIA Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013. - Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

Resolução de Diretoria Colegiada, RDC 36 de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Van Der Schaaf T, Sherman H, Lewalle P. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. Int J Qual Health Care 2009; 21:18-26.

Wachter, Robert M., Compreendendo a Segurança do Paciente. Artmed, 2010 World Health Organization/World Alliance for Patient Safety. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. The Research Priority Setting Working Group of the World Alliance for Patient Safety. Geneva: World Health Organization; 2008.

Proqualis (FIOCRUZ) - <http://proqualis.net/>

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO

1. INTRODUÇÃO

Organização mundial de saúde preocupada com a segurança do paciente, mediante aos incidentes associados aos cuidados de saúde, e em particular aos eventos adversos (incidentes com danos ao paciente), criou uma aliança mundial pela segurança do paciente. Dispondo de metas e estratégias para a melhoria da assistência ao paciente baseada na prevenção de danos.

Uma das consequências mais comuns é o aparecimento de lesões que são resultantes de uma longa permanência em hospitais. Essa incidência aumenta proporcionalmente à combinação de fatores de risco: idade avançada, restrição ao leito, obesidade, hipotensão, desnutrição, incontinência, anasarca, sepse, exposição da pele à fricção, cisalhamento e umidade (DOMANSKY E BORGES, 2014).



O Brasil lançou em abril de 2013, a Política Nacional de Segurança do Paciente, onde seis eixos são considerados na prevenção de danos.

São eles: cirurgia segura, prática de higiene das mãos em serviços de saúde, prevenção de quedas em pacientes hospitalizados, identificação do paciente, segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos e prevenção de úlceras por pressão (UPP).

No intuito de trabalhar esta estratégia voltada para a segurança do paciente como parte da implementação da Política Nacional de Segurança do Paciente, o IGC visa executar um plano de prevenção de Úlcera por Pressão (UPP).

Na literatura, as taxas de incidência e prevalência de Úlcera por Pressão (UPP) variam de acordo com as características dos pacientes e com o nível de cuidado, diferenciando-se em:

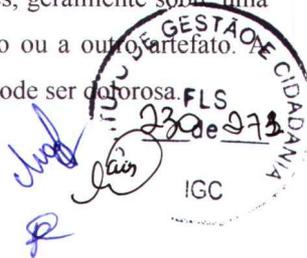
- Cuidados de longa permanência: onde entra as unidades desta instituição: Unidades de Terapia Intensiva (UTI).
- Cuidados agudos: os setores de internação enquadram-se neste grupo.

As Úlceras por Pressão (UPP) causam danos consideráveis aos pacientes, o que dificulta o processo de recuperação funcional, frequentemente causando dor e levando ao desenvolvimento de infecções graves, e também têm sido associadas a internações prolongadas, sepse e mortalidade (BRASIL, 2013).

A presença de UPP causa vários problemas físicos e emocionais ao paciente, uma vez que são fonte de dor, desconforto e sofrimento. As UPPs aumentam o risco de desenvolvimento de outras complicações e influenciam na morbidade e na mortalidade do paciente acometido, constituindo, assim, um sério problema de saúde. Também trazem várias implicações na vida dos familiares e da instituição em que se encontra o paciente, além de aumentarem consideravelmente os custos do tratamento (DOMANSKY E BORGES, 2014).

2. DEFINIÇÃO

A definição internacional do National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) para UPP é: um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa.



A lesão ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição (SOBEST, 2016).

3. PATOGENIA

As Úlceras por Pressão (UPP) são áreas de destruição tecidual provocadas por compressão do tecido macio contra proeminência óssea, geralmente do sacro, do trocânter e do ísquio, e superfície de contato durante um tempo prolongado. A compressão prejudica o fornecimento de sangue ao tecido, levando à insuficiência vascular, anóxia tecidual e morte das células. Lembrando que agora, o termo “lesão por pressão” deve ser utilizado por todos profissionais de saúde, pois descreve com mais precisão as lesões em peles intactas e ulceradas (IBSP, 2016).

As UPPs não ocorrem em pessoas saudáveis, uma vez que a pressão prolongada e a isquemia, ao provocarem desconforto e dor, fazem com que o indivíduo se movimente em busca de alívio, mesmo quando em sono profundo.

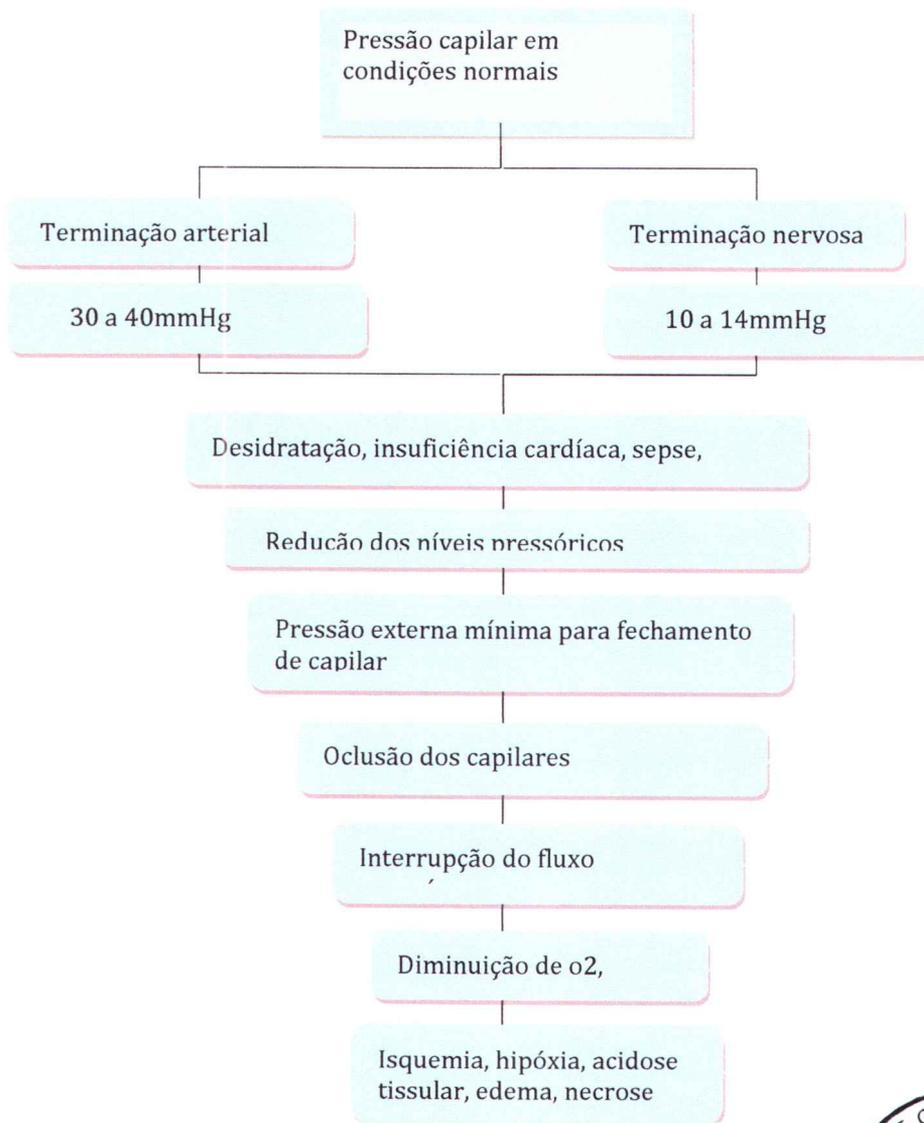
As UPPs podem desenvolver-se em 24 horas ou levar até cinco dias para se manifestar. Portanto, todos os profissionais de saúde responsáveis pela prevenção da lesão devem estar familiarizados com os principais fatores de risco para a formação a UPP. Nos indivíduos que ficam impossibilitados de se movimentar, ocorrem pressões excessivas que fazem os capilares se colapsarem. Em consequência, o fluxo de sangue e de nutrientes é interrompido, o que pode levar à isquemia local e, eventualmente, à necrose celular, desencadeando a formação da UPP (DOMANSKY E BORGES, 2014).

Em geral, se aceita que a pressão mantida por um período de duas horas pode ocasionar uma lesão isquêmica. Pacientes com grave comprometimento do estado geral podem desenvolver lesões em tempo inferior a duas horas. Quando a pressão cutânea é superior à pressão capilar média (32MMHG) em indivíduos saudáveis, ocorre isquemia local, caracterizada por edema, eritema, erosão e úlceras (DOMANSKY E BORGES, 2014).

A diminuição da vascularização pela oclusão dos vasos durante intenso período de pressão, em determinada área do corpo, ocasiona redução do fluxo sanguíneo responsável

por nutrir e oxigenar os tecidos. Em consequência desses fatores, ocorre isquemia tecidual, e a gravidade dos danos à pele e aos tecidos mais profundos, músculos e vasos está relacionada à duração e à intensidade da pressão.

Figura 1. Alterações decorrentes de redução da pressão do capilar e desenvolvimento da lesão por pressão (UPP).



4. INTERVENÇÕES

A maioria dos casos de úlcera por pressão (UPP) pode ser evitada por meio da identificação dos pacientes em riscos e da implantação de estratégias de prevenção confiáveis para todos os pacientes identificados como de risco (BRASIL, 2013). As seis etapas essenciais de uma estratégia de prevenção de lesão por pressão são:

- Avaliação de UPP na admissão de todos os pacientes;
- Reavaliação diária de risco de desenvolvimento de UPP de todos os pacientes internados;
- Inspeção diária da pele;
- Manejo da umidade;
- Manutenção do paciente seco e com pele hidratada;
- Otimização da nutrição e da hidratação e minimizar a pressão.

5.1 Avaliação da lesão por pressão na admissão de todos os pacientes

5.1.1. Avaliação do risco do desenvolvimento de UPP.

5.1.2. Avaliação da pele para detectar a presença de UPP já instaladas

A pronta identificação de pacientes em risco para o desenvolvimento de UPP, por meio de utilização de ferramenta validada, permite a adoção de medidas preventivas. A avaliação do risco deve contemplar os seguintes fatores:

- a) Mobilidade
- b) Incontinência
- c) Déficit sensitivo
- d) Estado nutricional

A escala de Bradem (Anexo A) é a ferramenta mais amplamente utilizada dentre aquelas disponíveis.

Em casos de pacientes crianças, deve-se utilizar uma ferramenta apropriada (Anexo B), cujos critérios foram estabelecidos conforme especificidade da instituição, tendo em vista a ausência de critérios direcionados a essa população.

5.2. Reavaliação diária de risco de desenvolvimento de UPP de todos os pacientes internados

A complexidade e a gravidade dos pacientes internados resulta na necessidade de reavaliação diária do potencial e do risco de desenvolvimento de UPP. A reavaliação diária permite aos profissionais de saúde ajustar sua estratégia de prevenção conforme as necessidades do paciente. O grau de risco, conforme especificado em várias ferramentas permite que os profissionais implantem estratégias individualizadas para os pacientes.

5.2.1. Classificação da Úlcera por pressão – UPP

A. Úlcera por pressão Estágio 1: Apresenta-se com a pele intacta com hiperemia de uma área localizada que não embranquece após a remoção da pressão, geralmente sobre proeminências ósseas. A pele de cor escura pode não apresentar embranquecimento visível: sua cor pode ser diferir da pele ao redor, associado a isso pode apresentar-se dolorosa, endurecida, amolecida, mais quente ou mais fria comparativamente ao tecido adjacente.

B. Úlcera por pressão estágio 2: É uma perda parcial da espessura dérmica. Apresentar-se como úlcera superficial com o leito de coloração vermelho pálido, sem esfacelo. Pode apresentar-se ainda como bolha (preenchida com exsudato seroso), intacta ou aberta rompida.

C. Úlcera por pressão estágio 3: É uma perda de tecido dérmico em sua espessura total. A gordura subcutânea pode ser visível, sem exposição de osso, tendão ou músculo. Esfacelo pode estar presente sem prejudicar a identificação da profundidade da perda tissular. Pode incluir descolamento e túneis.

D. Úlcera por pressão estágio 4: É uma perda total de tecido com exposição óssea, de músculo ou tendão. Pode haver presença de esfacelo ou escara em algumas partes do leito da ferida frequentemente inclui descolamento e túneis. Pode estender-se aos músculos e/ou



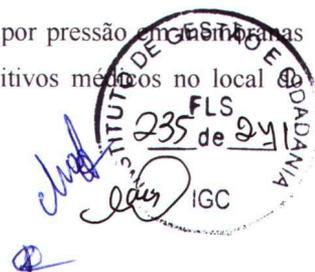
estruturas de suporte com fásia, tendão ou cápsula articular possibilitando a ocorrência de osteomielite.

E. Úlcera por Pressão Não Classificável: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível. Perda da pele em sua espessura total e perda tissular na qual a extensão do dano não pode ser confirmada porque está encoberta pelo esfacelo ou escara. Ao ser removido (esfacelo ou escara), Lesão por Pressão em Estágio 3 ou Estágio 4 ficará aparente. Escara estável (isto é, seca, aderente, sem eritema ou flutuação) em membro isquêmico ou no calcâneo não deve ser removida (SOBEST, 2016).

F. Úlcera por Pressão Tissular Profunda: descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece. Pele intacta ou não intacta, leito da ferida escuro, flictena de sangue. Apresenta dor e mudanças na temperatura que precedem alterações na cor da pele. A descoloração pode parecer diferentemente em peles de pigmentação escura. Essa lesão resulta de pressão intensa e/ou prolongada e de cisalhamento na interface osso-músculo. A ferida pode evoluir rapidamente e revelar a extensão atual da lesão tissular ou resolver sem perda tissular. Quando tecido necrótico, tecido subcutâneo, tecido de granulação, fásia, músculo ou outras estruturas subjacentes estão visíveis, isso indica lesão por pressão com perda total de tecido (Lesão por Pressão Não Classificável ou Estágio 3 ou Estágio 4). Não se deve utilizar a categoria Lesão por Pressão Tissular Profunda (LPTP) para descrever condições vasculares, traumáticas, neuropáticas ou dermatológicas (SOBEST, 2016).

G. Úlcera por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico: Essa terminologia descreve a etiologia da lesão. A Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. A úlcera por pressão resultante geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo. Essa lesão deve ser categorizada usando o sistema de classificação de lesões por pressão (SOBEST, 2016).

H. Úlcera por Pressão em Membranas Mucosas: A úlcera por pressão em membranas mucosas é encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local de



dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas (SOBEST, 2016).

5.3. Inspeção diária da pele

Pacientes que apresentam risco de desenvolvimento de lesão por pressão (LPP), de acordo com os estágios 1 e 2, necessitam de inspeção diária de toda a superfície cutânea, da cabeça aos pés. Estes pacientes, em geral hospitalizados, podem apresentar deterioração da integridade da pele em questão de horas. Em virtude da rápida mudança de fatores de risco em pacientes agudamente enfermos, a inspeção diária da pele é fundamental. Deve ser dada atenção especial a áreas de alto risco para desenvolvimento de UPP (RYCROFT-MALONE E MCINNESS, 2000 apud BRASIL, 2013).

Durante a admissão ou readmissão, examinar a pele do paciente cuidadosamente para identificar alterações da integridade cutânea e UPP existentes. Para uma apropriada inspeção da pele, deve-se ter especial atenção às áreas corporais de maior risco para UPP, como as regiões anatômicas da região sacral, calcâneo, ísquio, trocânter, occipital, escapular, maleolar e regiões submetidas à pressão por dispositivos, como presença de cateteres, tubos e drenos (Figura 2) (RYCROFT-MALONE E MCINNESS, 2000 apud BRASIL, 2013).

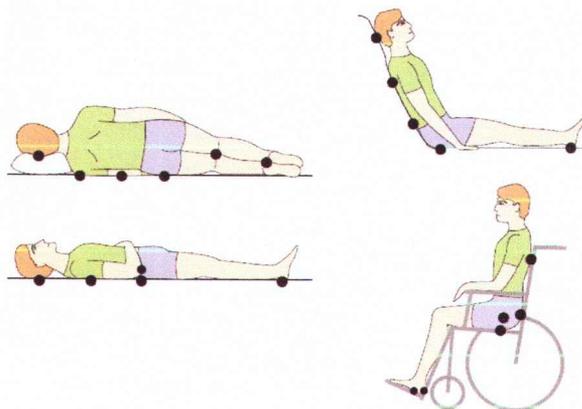


Figura 2. Pontos de Pressão
Fonte: BORGES E DOMANSKY, 2014.

O diagnóstico diferencial para a distinção entre os tipos de Úlcera (UPP, úlcera arterial, úlcera venosa, úlcera neuropática e dermatites) melhora o tratamento e o gerenciamento dos cuidados.

A inspeção da pele deve ocorrer em intervalo pré-definidos, cuja periodicidade é proporcional ao risco identificado. É necessário o registro apropriado e pontual das alterações encontradas (BRASIL, 2013).

5.4. Manejo da umidade: manutenção do paciente seco e com pele hidratada

Pele úmida está mais propícia ao desenvolvimento de lesões cutâneas e tende a se romper com facilidade. A pele deve ser higienizada sempre que apresentar sujidade e em intervalos regulares. No processo de higienização deve-se incluir a utilização cuidadosa de um agente de limpeza que minimize a irritação e a sequeidão da pele (BRASIL, 2013).

É importante minimizar a exposição cutânea a umidade decorrente de incontinência urinária, transpiração ou exsudato de feridas, quando estas fontes de umidades não puderem ser controladas, a utilização de fraldas e absorventes é recomendada, com o objetivo de minimizar o contato da pele com a umidade.

Os agentes tópicos que atuam como barreira de proteção contra a umidade e hidratam a pele também podem ser utilizados (BRASIL, 2013).

O tratamento da pele ressecada com hidratantes tem se mostrado especialmente efetivo na prevenção de UPP.

5.4.1. Procedimento Operacional das medidas preventivas para higiene, hidratação e manejo da umidade da pele:

A Higienização e hidratação da pele:

- Limpe a pele sempre que estiver suja ou sempre que necessário utilizando água morna e sabão neutro para reduzir a irritação e o ressecamento. (NATIONAL PRESSURE ULCERADVISORY PANEL, 2007 apud (BRASIL, 2013).
- Use hidratantes na pele seca e em áreas ressecadas, principalmente após o banho pelo menos uma vez ao dia (IHI, 2011).

- Durante a hidratação da pele, não massagear áreas de protuberâncias ósseas ou áreas hiperemiadas.
- A aplicação do hidratante deve ser com movimentos suaves e circulares (IHI, 2011). A massagem está contraindicada na presença de inflamação aguda e onde existe a possibilidade de haver vasos sanguíneos danificados ou pele frágil. (IHI, 2011; NATIONALPRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, 2007 apud BRASIL, 2013).

B. Manejo da umidade:

- Proteger a pele de exposição à umidade excessiva através do uso de produtos de barreira, de forma a reduzir o risco de lesão por pressão. As propriedades mecânicas do estrato córneo são alteradas pela presença de umidade, assim como sua função de regulação da temperatura (Nível de evidência C). (IHI, 2011).
- Controlar a umidade através de determinação de causa, usando absorventes ou fraldas (IHI, 2011).
- Quando possível, oferecer uma comadre nos horários de mudança de decúbito (NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, 2007 apud BRASIL, 2013).

Segundo orientação do Ministério da Saúde, além da incontinência urinária e fecal, a equipe de enfermagem deve observar outras fontes de umidade, como por exemplo: extravasamento de drenos, exsudatos de feridas, suor e linfas em pacientes edemaciados/anasarcados.

5.5 Otimização da nutrição e hidratação

Na avaliação de pacientes com o possível risco de desenvolver Úlcera por pressão (UPP) deve incluir a revisão de fatores nutricionais e de hidratação. Pacientes com déficit nutricional ou desidratação podem apresentar perda de massa muscular e de peso, tornando os ossos mais salientes e a deambulação mais difícil (BRASIL, 2013).

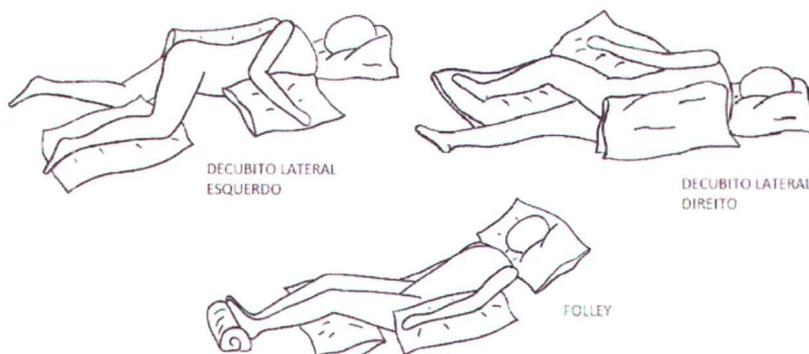
Edema e diminuição de fluxo sanguíneo cutâneo geralmente acompanham os déficits nutricionais e hídricos, resultando em lesões isquêmicas que contribuem para a UPP.

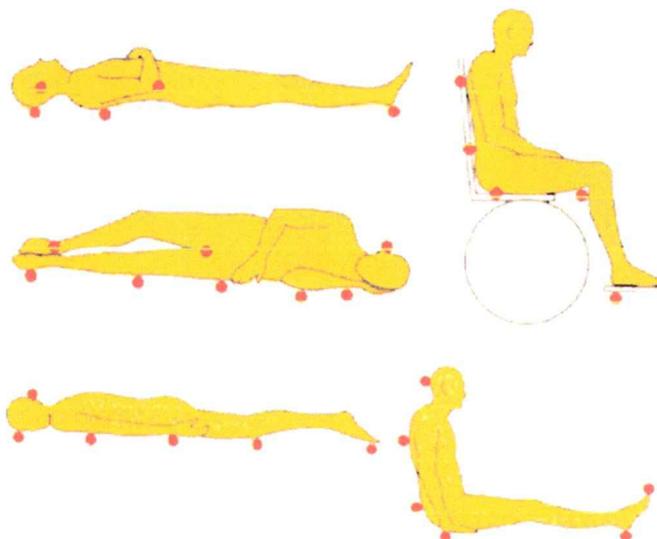
Pacientes com déficits nutricionais pode apresentar probabilidade maior de desenvolver lesões na pele (BRASIL, 2013).

Para a manutenção de um bom estado nutricional adequado é importante a ingestão de calorias, líquidos e proteínas. O uso de suplementos nutricionais se faz necessário caso a ingestão não seja suficiente.

Recomenda-se que o nutricionista seja consultado nos casos dos pacientes que apresentam desnutrição a fim de avaliar e propor intervenções mais apropriadas (Brasil, 2013). Todos os pacientes que apresentem risco para o desenvolvimento de UPP, relacionado ao déficit nutricional, deve-se comunicar ao serviço de nutrição, assim como avaliação multiprofissional, incluindo equipe médica e de fisioterapia.

Figuras 3. Posicionamento correto do paciente.





Fonte: BORGES E DOMANSKY, 2014.

Figura 4. Relógio indicativo de mudança de decúbito



Fonte: BORGES E DOMANSKY, 2014.