

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

MEYRE ANNE RODRIGUES DE OLIVEIRA

A PROBLEMÁTICA DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO – UM ESTUDO DE REVISÃO

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

MEYRE ANNE RODRIGUES DE OLIVEIRA

A PROBLEMÁTICA DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO – UM ESTUDO DE REVISÃO

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Urgência e Emergência do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Kátia Regina Barros Ribeiro.

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado A problemática das úlceras por pressão – um estudo de revisão, de autoria da aluna MEYRE ANNE RODRIGUES DE OLIVEIRA foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Urgência e Emergência.

Profa. Me. Kátia Regina Barros Ribeiro
Orientadora da Monografia

Profa.Dra.VâniaMarli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra.Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
1.1 OBJETIVO GERAL	7
1.2 DIAGNOSTICO DA REALIDADE.....	7
2 MÉTODO.....	10
3 RESULTADO E ANÁLISE.....	11
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	15
REFERÊNCIAS	16
APÊNDICES.....	18
APÊNDICE I	18
APÊNDICE II.....	19

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Estágio I da UPP.....	17
Figura 2. Estágio II da UPP.....	17
Figura3. Estágio III da UPP.....	17
Figura 4. Estágio IV da UPP.....	17

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Escala de Braden	12
---	-----------

RESUMO

O presente trabalho busca oferecer subsídios para uma melhor assistência aos pacientes portadores de úlcera por pressão, servindo também como fonte de informação para futuras pesquisas. Trata-se de uma revisão narrativa, baseada em livros, dissertações, teses e artigos científicos publicados no período de 1999 a 2013. O objetivo dessa pesquisa foi discutir sobre o aparecimento das úlceras por pressão nos pacientes atendidos no setor de emergência clínica de um hospital da capital do Acre. Após um breve relato das atividades realizadas no referido setor em relação à assistência prestada aos pacientes portadores de úlceras por pressão, concluiu-se que para prevenir seu aparecimento é dever da equipe de enfermagem, em especial do enfermeiro, sendo necessário conhecimento atualizado sobre o cuidado na prevenção, com vistas a evitar o problema. Ao final, destaca-se a importância da participação do enfermeiro na elaboração e aplicação de protocolos de avaliação do risco em desenvolver úlceras por pressão e também a utilização de protocolos de atualização terapêutica, como forma de contribuir para a melhoria de vida dos pacientes, permitindo aperfeiçoar os cuidados de enfermagem e também seus custos.

1 INTRODUÇÃO

Úlceras por pressão são lesões decorrentes de hipóxia celular, levando a necrose tecidual. Geralmente estão localizadas em áreas de proeminências ósseas e ocorrem quando a pressão aplicada à pele, por algum tempo, é maior do que a pressão capilar normal (32 mmHg/arteríolas e 12 mmHg/vênulas) e podem ser ocasionadas por fatores internos e externos (MAIA, et al, 2007).

Além dos fatores extrínsecos e intrínsecos, o enfermeiro também deve avaliar os fatores sociais e emocionais apresentados pelo paciente durante sua admissão, bem como as condutas tomadas pela equipe multiprofissional, que algumas vezes limitam a mobilidade do paciente, restringindo-o ao leito. Nestes casos, destacam-se as alterações no nível de consciência e na mobilidade física, que podem estar presentes nos casos de coma, parestesias e/ou paralisias, ou até mesmo quando em uso de aparelhos (como ventiladores mecânicos ou trações) e durante o uso de medicamentos ansiolíticos, analgésicos ou sedativos.

As úlceras por pressão (UPP) constituem um importante problema de saúde pública, com repercussões em diferentes contextos, uma vez que afetam o seu portador juntamente com sua família, ao nível da saúde e qualidade de vida, causando complicações e sofrimento acrescidos e no caso das instituições, implicando ainda em elevados custos dos serviços de saúde por seu caráter crônico bem como pelas suas grandes demandas de tempo e recursos para o cuidado.

O tratamento da UPP vai muito além de um curativo, e seu cuidado inicial pode envolver desbridamento, limpeza da ferida, aplicação do curativo e, dependendo do caso, cirurgia reparadora. Segundo Brandão, (2007, p.162) essas lesões teciduais implicam diretamente no aumento da taxa de mortalidade, e nesse aspecto, os idosos, recém-admitidos com UPP, apresentam uma taxa de mortalidade 88,1% maior que os admitidos sem lesões.

Com grande frequência, as lesões de pele acometem pacientes críticos na maioria das unidades hospitalares. As UPP são as lesões dermatológicas mais observadas em pacientes clinicamente enfermos, com distúrbios nutricionais, dificuldade de mobilização no leito e administração de drogas simpatomiméticas nessas unidades.

Enfatizando esses dados, Brandão, (2007, p.163) diz que:

No Brasil, os números sobre úlceras por pressão são escassos. Em 2005, houve a publicação de um estudo sobre a incidência de casos em um hospital universitário de São Paulo. Foram avaliados 211 indivíduos com risco de desenvolvimento de úlceras, em um determinado período, em que 84 deles desenvolveram 134 úlceras por pressão, Nota-se variação nas diferentes clínicas dentro do hospital, porém, de modo geral, a incidência foi de 39,8%, número bastante elevado.

Apesar do avanço tecnológico alcançado pela enfermagem nos últimos anos em relação à prevenção e ao tratamento de feridas, as úlceras por pressão continuam sendo um problema no cotidiano da prática de enfermagem - trata-se de uma realidade que causa danos incalculáveis em termos de dor e sofrimento ao cliente, além de acarretar um alto custo econômico para os serviços de saúde, (BRANDÃO, et al, 2007).

1.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar uma revisão narrativa a respeito do aparecimento das úlceras por pressão, bem como oferecer subsídios para sua prevenção.

1.2 DIAGNOSTICO DA REALIDADE

O Estado do Acre dispõe de um Hospital de Urgência e Emergência localizado na capital, Rio Branco, que possui um Setor de Emergência Clínica e conta com 10 leitos dispostos em macas e 01 isolamento respiratório. Este serviço enfrenta diariamente a superlotação (cerca de 40 pacientes por dia), uma vez que atende uma quantidade considerável dos pacientes críticos e com maior nível de complexidade.

Os pacientes atendidos neste setor encontram-se mais susceptíveis às complicações que põem em risco a sua segurança, como infecções hospitalares, erros relacionados aos processos de administração de medicamentos e lesões na integridade da pele, entre outras.

Para a implementação das ações de Enfermagem, a equipe dispõe apenas 01 enfermeiro, que trabalha em turnos de 12 horas, assumindo as atividades burocráticas a

assistencial; e ainda contam com seis técnicos de enfermagem para atenderem a todos os pacientes, inclusive os pacientes trazidos pelo SAMU.

No cotidiano deste serviço, a rotatividade dos pacientes é baixa, principalmente daqueles que necessitam de cuidados intensivos, uma vez que esse hospital conta somente com 18 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) que recebe a demanda de outros setores, como o Centro Cirúrgico. Dessa forma, os leitos permanecem em sua maioria, ocupados e o Setor de Emergência Clínica superlotada com pacientes internados em macas desconfortáveis, com mobilidade restrita pela falta de estrutura física e material e de recursos humanos para realizar o cuidado adequado e condizente às suas necessidades.

Tais fatores, associados com o quadro clínico da maioria dos pacientes admitidos neste setor (com doenças crônicas e degenerativas, hepatopatias, nefropatias, neoplasias, vasculopatias, associadas a quadros de desnutrição, caquexia e Pneumonia grave, incluindo Tuberculose Pulmonar, sequelados de AVC, ou TCE, etc.), contribuem para o aparecimento das UPP.

Outro ponto que merece ser destacado é o fato de que alguns desses pacientes recebem alta hospitalar e conseguem retornar a seus lares (apesar das inúmeras sequelas adquiridas após seu tratamento) e estas acabam sendo exacerbadas pelo fato de não dispormos de um trabalho continuado com seus familiares para informá-los ou educá-los sobre a necessidade da prevenção das UPP.

Como a maioria dos pacientes graves já tem um histórico de tratamento anterior por UPP, quando são novamente admitidos no Setor de Emergência Clínica e precisam realizar um curativo mais delicado ou até mesmo um desbridamento, este assunto acaba sendo colocado num segundo plano, pois o serviço não dispõe de material adequado (curativos hidrocolóides, com carvão ativado, alginato de cálcio, etc.) e usa somente o que é disponibilizado pela instituição, que seria clorexedina, desbridantes enzimático e antibiótico bactericida (como a sulfadiazina de prata).

Dessa forma, estes pacientes acabam retornando ao hospital num espaço de tempo bem menor do que o esperado, agora não mais pelos agravos decorrentes da doença de base e sim pelo aparecimento das UPP que já se encontram num estágio mais avançado e que necessitará de procedimento cirúrgico, aumentando com isso, seu tempo médio de internação.

Apesar da existência de um atendimento de *home care* desenvolvido por uma equipe exclusiva do SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, que possui um fisioterapeuta, um enfermeiro e um técnico de enfermagem, prestando atendimento domiciliar para pacientes que receberam alta hospitalar da UTI e que necessitam de suporte por parte da

fisioterapia respiratória (no caso, os pacientes acamados que possuem traqueostomia), ainda não existe uma preocupação por parte do Estado para a criação de procedimentos-padrão para pacientes portadores de UPP, sendo este um dos motivos pelo qual a incidência de re-internação destes pacientes ainda é considerada elevada.

2 MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa, para qual fora realizado uma busca livre na literatura, em acervo físico e virtual, em Abril de 2014, utilizando livros, teses e artigos científicos, publicados no período de 1999 a 2013, que trabalhavam com o fenômeno em estudo, disponível em língua portuguesa e inglês. Foram utilizados como descritores os seguintes termos: feridas; úlceras por pressão; enfermagem.

A revisão narrativa caracteriza-se como uma pesquisa que utiliza de fontes bibliográficas na intenção de subsidiar teoricamente o objeto de estudo, além disso, lhe é peculiar a amplitude aplicada à busca, pois se propõe a descrever e discutir uma determinada temática sob a perspectiva teórica ou contextual, constituindo-se da síntese da literatura a análise crítica do autor sobre a temática em estudo (ROTHER, 2007).

De posse do material científico e após sua leitura, os resultados e discussões foram organizados de modo a discutir sobre o surgimento das úlceras de pressão, relacionando à realidade vivenciada pela autora em uma unidade de emergência clínica de um hospital da Capital do Acre.

3 RESULTADO E ANÁLISE

A Ferida é a consequência da ruptura da pele, ou qualquer estrutura do corpo ocasionado por um agente físico, químico ou biológico. Dependendo da profundidade da lesão, essa pode ser classificada como superficial: quando afeta apenas as estruturas da superfície; ou profunda: quando envolve vasos sanguíneos, músculos, nervos, fâscias, tendões, ligamentos ou ossos. Após o rompimento acaba por desencadear um processo de regeneração, através de respostas biológicas bastante complexas que se manifestam através da migração celular (ALBERTS, 1997).

As úlceras por pressão (UPP) constituem um problema comum a muitos países do mundo, a todos os níveis assistenciais de saúde, afetando pessoas de todos os grupos etários e comportando elevados custos, quer no nível de sofrimento individual e familiar quer a nível sócio e econômico de consumo de recursos, (CARDOSO, et al, 2005).

Maia, et al, (2007, p.315), diz que:

A literatura internacional aponta que entre 3 e 14% de todos os clientes hospitalizados desenvolvem lesões de pele. Vale lembrar que algumas delas são decorrentes de fatores inerentes à doença e às condições clínicas do cliente e que muitas vezes podem ser evitadas com o uso de materiais e equipamentos adequados para o alívio da pressão e aos cuidados específicos com a pele.

Segundo dados da *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP), EUA, a prevalência de UPP em hospitais é de 15% e a incidência é de 7%. No Reino Unido, casos novos de UPP acometem entre 4% a 10% dos pacientes admitidos em hospital. No Brasil, embora existam poucos trabalhos sobre incidência e prevalência de UPP, um estudo realizado em um hospital geral universitário evidenciou uma incidência de 39,81%, (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

As UPP afetam aproximadamente 9% dos pacientes hospitalizados e são uma complicação que aumenta a morbidade, prejudica o tratamento e prolonga o tempo de hospitalização, (BAJAY, et al 1999). Conforme Luz, et al, (2010, p. 37), as UPP, além de determinarem um pior prognóstico, aumentam o tempo de internação e o custo do internamento. Em adição, as repercussões físicas, psicológicas e sociais destas lesões são incomensuráveis.

Como forma de orientar os profissionais de saúde na ampliação da segurança do paciente nos serviços de saúde, o Ministério da Saúde juntamente com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária publicaram em abril de 2013 os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente, onde um deles, a prevenção de úlceras de pressão, visa a prevenir a ocorrência dessa e de outras lesões da pele, que é tido como uma das consequências mais comuns da longa permanência em hospitais. Sua incidência aumenta proporcionalmente à combinação de fatores de riscos, entre eles, idade avançada e restrição ao leito, (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A avaliação de pacientes de risco e a criação de medidas de prevenção devidamente documentadas das intervenções atuam como peça chave para se evitar a UPP, uma vez que deve ser considerado um objetivo de qualidade, independentemente do nível assistencial em que nos encontremos. E para consegui-lo, todos os membros da equipe, junto com o paciente e sua família devem estar envolvidos no processo de planejamento, execução e avaliação dos cuidados de prevenção.

De acordo com o Protocolo para prevenção de úlcera por pressão, Ministério da Saúde (2013, p. 5):

A avaliação do risco para desenvolvimento de UPP deverá ser executada através da Escala de Braden Q para crianças de 1 a 5 anos e a Escala de Braden para pacientes com mais de 5 anos. As Escalas de Braden e Braden Q caracterizarão o paciente sem risco, com risco baixo e moderado, alto ou muito alto para desenvolver UPP. A classificação de risco dá-se de maneira inversamente proporcional à pontuação, ou seja, quanto maior o número de pontos, menor é a classificação de risco para ocorrência dessa lesão.

Tabela 1 – Escala de Braden

FATORES DE RISCO	1	2	3	4
Percepção sensorial	Totalmente limitado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação
Umidade	Completamente molhado	Muito molhado	Ocasionalmente molhado	Raramente molhado
Atividade	Acamado	Confinado a cadeira	Anda ocasionalmente	Anda frequentemente
Mobilidade	Totalmente imóvel	Bastante limitado	Levemente limitado	Não apresenta limitações
Nutrição	Muito pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente
Fricção e cisalhamento	Problema	Problema em potencial	Nenhum problema	

Fonte: Protocolos de enfermagem – prevenção e tratamento de úlceras por pressão. HEMORIO. 2010.

Cuidar efetivamente de um paciente portador de UPP requer planejamento da assistência, que é um processo muito amplo, mas de extrema importância na organização e execução das atividades, pois através dele, é possível organizar o atendimento de modo a facilitar sua disposição de forma equitativa, ampliando a margem de eficiência e eficácia no desempenho dos serviços, facilitando a tomada de decisões por parte da equipe multidisciplinar.

Todos os trabalhos analisados durante o estudo demonstravam a importância do enfermeiro em realizar e implementar medidas de prevenção das UPP, conforme afirma (MEDEIROS, et al, 2009).

Notamos que apesar do interesse de diversos profissionais no tratamento de feridas, ainda existe uma “lacuna” no meio assistencial, ocasionada por uma total falta de informação sobre o assunto. Isto porque a maioria dos produtos e curativos utilizados como última tecnologia para o tratamento das UPP não são disponibilizados para o Setor de Emergência Clínica.

No âmbito da prática de enfermagem, prevenir e tratar UPP se constitui num grande desafio, uma vez que se planejam ações interdisciplinares que favorecem a descompressão de superfícies mais acometidas, como proeminências ósseas e região lombar, bem como a mudança de decúbito a cada 2 horas e a hidratação da pele. É relevante destacar que os idosos devem receber uma atenção diferenciada, já que se encontram propensos a desencadear as UPP por apresentarem quadros clínicos de doenças crônico-degenerativas que os limitam ao leito, além do fato de estarem com a sensação de dor diminuída.

E mesmo com o crescente interesse de alguns profissionais no tratamento de feridas, percebemos que até certo ponto a autonomia do enfermeiro fica suprimida no que diz respeito à sua atuação no campo assistencial, onde observa-se que diante das inúmeras atividades atribuídas a esse profissional, o cuidado a integridade da pele do paciente que se encontra aguardando o atendimento em uma unidade de emergência não é priorizado, o que em muitos casos culminam em eventos adversos e riscos a segurança e integridade desse paciente.

Assim, destaca-se a importância da participação do enfermeiro na elaboração e aplicação de protocolos de avaliação do risco em desenvolver úlceras por pressão e também a utilização de protocolos de atualização terapêutica, como forma de contribuir para a melhoria de vida dos pacientes, permitindo aperfeiçoar os cuidados de enfermagem e também seus custos.

Ao final, diante das leituras realizadas, observou-se a necessidade do envolvimento de profissionais qualificados e comprometidos no atendimento ao paciente portador de UPP,

capazes de desenvolver um plano de cuidados de enfermagem de forma integral e dinâmica, respeitando as limitações impostas pela estrutura física, disponibilidade de recursos humanos e materiais da instituição, além das restrições físicas de cada paciente de forma a atender às suas necessidades e a conquistar a participação de seus familiares, enquanto integrantes potenciais no processo de prevenção e cuidado.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muito tem sido discutido a cerca do nível de prevenção das UPP por importantes autores, uma vez que a incidência e a prevalência destas lesões permanecem elevadas, fato que comprova a necessidade de novas pesquisas.

Não obstante ressaltar que o paciente portador de UPP também deve ser encarado como um sujeito que se emociona, que percebe e deseja que suas necessidades mais básicas sejam atendidas. Frente à essa problemática, surgem os questionamentos a respeito da autonomia do profissional de enfermagem no que tange a alguns procedimentos importantes para o tratamento das UPP.

Os profissionais de saúde têm um papel importante, associado a uma maior sensibilidade e conhecimentos, da qual se salienta a sua ação na intervenção primária, e na equipe interdisciplinar. Perante a realidade descrita surge a emergência social de estabelecer um compromisso que vise a aplicação de políticas orientadas para a prevenção deste importante problema de saúde pública.

A literatura científica sobre o tema, indica a importância do desenvolvimento e utilização de indicadores já definidos, de forma a permitir o monitoramento e a realização de comparações das ações realizadas no âmbito hospitalar e também no atendimento domiciliar realizado pela equipe de *home care*, visando a orientar o desenho de ações para a melhoria de qualidade no atendimento do paciente portador de UPP.

O resultado atingido neste trabalho resalta a necessidade de desenvolver uma pormenorização da assistência aos pacientes portadores de UPP, baseado nos princípios do Programa Nacional de Saúde do Paciente (PNSP). Para isso, investir no desenvolvimento de capacitações das equipes locais e aprimoramento nos sistemas de informação já existentes é uma condição que se faz necessária e urgente, de forma a garantir a tomada de decisões por parte das instituições e da equipe de saúde.

REFERÊNCIAS

ALBERTS, et al. **Biologia molecular da célula**. 3ª Ed. Porto Alegre. Artes Médicas. 1997

ANVISA, Ministério da Saúde. **Boletim Informativo sobre a Segurança do Paciente e Qualidade Assistencial em Serviços de Saúde**. v.1 n. 1 Jan-Jul. 2011. Brasília, DF.

BAJAY, et al. **Manual de tratamento de feridas**. Campinas: Universidade Estadual de Campinas - Hospital das Clínicas, Grupo de Estudos de Feridas, 1999.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, **Portaria N° 529, de 01 de abril 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**.

BRANDÃO, A, **Suporte Nutricional**. In: Feridas – fundamentos e atualizações em enfermagem. São Caetano do Sul, SP, 2007.

BRANDÃO, ES, SANTOS, I. **Enfermagem em dermatologia: cuidados técnico, dialógico e solidário**. Rio de Janeiro, Cultura Médica, 2006.

CARDOSO, et al. **Estudo de prevalência de Úlceras por Pressão: um distinto percurso metodológico**. In: Coletânea – Enfermagem e úlceras por pressão: da reflexão sobre a disciplina às evidências nos cuidados. Grupo ICE, Espanha, 2005.

GOUVÊIA, CSD; TRAVASSOS, C. **Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(6): 1061-1078, jun., 2010.

JOINT COMMISSION RESOURCES. **Papel do enfermeiro na segurança do paciente e nos resultados do atendimento**. In: Temas e estratégias para liderança em enfermagem: enfrentando os desafios hospitalares atuais. Porto Alegre, 2008.

LUZ, et al. **Úlceras de pressão** – artigo de atualização. Revista de Geriatria & Gerontologia, Curitiba, 2010 4(1): 36-43

MAIA, LCM; MONTEIRO, MLG. **Úlceras por pressão: prevenção e tratamento**. In: Feridas – fundamentos e atualizações em enfermagem. São Caetano do Sul, SP, 2007.

MANSO, A. **O erro nos cuidados de Enfermagem a indivíduos internados numa Unidade de Cuidados Intensivos. Estudo de caso sobre as representações dos actores de uma unidade pós-cirúrgica de um Hospital Português**. Lisboa, março, 2010

MATOS, et al. **Protocolos de enfermagem – prevenção e tratamento de úlceras por pressão**. HEMORIO, 2010, 1ª Ed.

MEDEIROS, et al. **Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão proposta por enfermeiros**. Revista da Esc. Enfermagem USP, 2009, 43(1): 223-8

MINISTÉRIO DA SAÚDE, ANVISA, Fiocruz. **Anexo 2 – Protocolo para prevenção de úlceras por pressão**. Brasília. DF, 2013

ROTHER, E. T. **Revisão sistemática X revisão narrativa**. Acta paul. enferm. V.20, n.2, p. v – vi, jun. 2007. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=en
. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>.

SANTOS, et al. **Aspectos éticos e legais na assistência de Enfermagem**. In: **Feridas – fundamentos e atualizações em enfermagem**. São Caetano do Sul, SP, 2007.

SILVA, et al. **Profilaxia e tratamento das lesões cutâneas em UTI**. In: **CTI – Atuação, intervenção e cuidados de Enfermagem**. São Caetano do Sul, SP, 2009

WHO. World Health Organization. **Action on patient safety. High 5s. World alliance for patient safety**. Disponível em:
<http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/en>

APÊNDICES

APÊNDICE I

Figura 1- Estágio I da UPP



Figura 2- Estágio II da UPP



Figura 3 – Estágio III da UPP



Figura 4- Estágio IV da UPP



APÊNDICE II

Estadiamento de Úlceras por Pressão - UPP

Estágio I: eritema não branqueável

Pele intacta, com rubor não branqueável, numa área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea.

O estágio I pode ser difícil de identificar em indivíduos com tons de pele escuros, visto que nestes o branqueamento pode não ser visível, a sua cor, porém, pode ser diferente da pele ao redor. A área pode estar dolorida, endurecida, mole, mais quente ou mais fria comparativamente ao tecido adjacente. Este estágio pode ser indicativo de pessoas “em risco”.

Estágio II: perda parcial da espessura da pele

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

Apresenta-se ainda, como uma úlcera brilhante ou seca, sem crosta ou equimose (um indicador de lesão profunda).

As características deste estágio não devem ser confundidas com fissuras de pele, queimaduras por abrasão, dermatite associada à incontinência, maceração ou escoriações.

Estágio III: Perda total da espessura da pele

Perda total da espessura tecidual. Neste caso, o tecido adiposo subcutâneo pode ser visível, mas não estão expostos os ossos, tendões ou músculos. Pode estar presente algum tecido desvitalizado (fibrina úmida), mas este não oculta a profundidade da perda tecidual. Pode incluir lesão cavitária e encapsulamento.

A profundidade de uma úlcera de estágio III varia de acordo com a localização anatômica. A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo (adiposo) e uma úlcera de estágio III pode ser superficial.

Em contrapartida, em zonas com tecido adiposo abundante podem desenvolver-se úlceras por pressão de estágio III extremamente profundas. O osso e o tendão não são visíveis ou diretamente palpáveis.

Estágio IV: Perda total da espessura dos tecidos

Perda total da espessura dos tecidos com exposição dos ossos, tendões ou músculos. Neste caso, o tecido desvitalizado (fibrina úmida) e/ou tecido necrótico podem estar presentes. A profundidade de uma úlcera por pressão de estágio IV varia com a localização anatômica. Frequentemente são cavitadas e fistulizadas. A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo (adiposo) e estas úlceras podem ser superficiais.

Uma úlcera de estágio IV pode atingir o músculo e/ou estruturas de suporte (i.e. fáscia, tendão ou cápsula articular), tornando a osteomielite e a osteíte prováveis de acontecer. Existe osso ou músculo visível ou diretamente palpável.

Outros estágios:

Inclassificáveis/Não graduáveis: Perda total da espessura da pele ou de tecidos-profundidade indeterminada

Perda total da espessura dos tecidos, na qual a profundidade atual da úlcera está bloqueada pela presença de tecido necrótico (amarelo, acastanhado, cinzento, verde ou castanho) e/ou escara (tecido necrótico amarelo escuro, castanho ou preto) no leito da ferida.

Até que seja removido tecido necrótico suficiente para expor a base da ferida, a verdadeira profundidade não pode ser determinada; é, no entanto, uma úlcera de estágio III ou IV.

Obs. Uma escara estável (seca, aderente, intacta e sem eritema ou flutuação) nos calcâneos, serve como penso biológico natural e não deve ser removida.

Suspeita de lesão nos tecidos profundos:

Área vermelha escura ou púrpura localizada em pele intacta e descorada ou flictena preenchida com sangue, provocadas por danos no tecido mole subjacente pela pressão e/ou forças de torção. A área pode estar rodeada por tecido mais doloroso, firme, mole, úmido, quente ou frio comparativamente ao tecido adjacente.

A lesão dos tecidos profundos pode ser difícil de identificar em indivíduos com tons de pele escuros. A evolução pode incluir uma flictena de espessura fina sobre o leito de uma ferida escura.

A ferida pode evoluir adicionalmente ficando coberta por uma fina camada de tecido necrótico (escara). A sua evolução pode ser rápida expondo outras camadas de tecido adicionais mesmo com o tratamento adequado.