

Úlceras terminais, SCALE, falência da pele e lesões por pressão inevitáveis: resultados da Pesquisa Terminológica de 2019

RESUMO

Este artigo relata os resultados de uma pesquisa da comunidade global de tratamento de feridas sobre a terminologia de úlceras terminais de Kennedy, modificações da pele no final da vida (SCALE), lesões de tecido terminal de Trombley-Brennan, falência da pele e lesão por pressão. A pesquisa consistiu em 10 declarações classificadas pelos participantes para determinar seus níveis de concordância. Foram registrados 505 participantes. Cada declaração exigia que 80% dos participantes concordassem ("concordo totalmente" ou "concordo em parte") para que a declaração chegasse a um consenso. Nove das 10 declarações chegaram a um consenso. Comentários de duas perguntas abertas adicionais foram agrupados por tema. Conclusões e recomendações sugeridas para os próximos passos são discutidas. Este resumo foi elaborado para melhorar o cuidado clínico e fomentar a pesquisa dos critérios atuais para modificações de pele inevitáveis no final da vida.

Palavras-chave lesões por pressão, úlcera terminal de Kennedy, SCALE, modificações de pele no final da vida, falência da pele, pesquisa, úlceras terminais, terminologia, lesões de tecido terminal de Trombley-Brennan

Como citar Sibbald RG and Ayello EA. Terminal ulcers, SCALE, skin failure, and unavoidable pressure injuries: results of the 2019 Terminology Survey. *WCET® Journal* 2020;40(1):18-26

DOI <https://doi.org/10.33235/wcet.40.1.18-26>

INTRODUÇÃO

Em março de 2019, um artigo foi publicado na revista *Advances in Skin & Wound Care* intitulado "Reexamining the Literature on Terminal Ulcers, SCALE, Skin Failure, and Unavoidable Pressure Injuries" [Reexaminando a Literatura sobre Úlceras Terminais, SCALE, Falência da Pele e Lesões por Pressão Inevitáveis].¹ O artigo resumiu e propôs relações entre úlceras terminais, falência da pele, modificações da pele no final da vida (SCALE, do inglês

Skin Changes At Life's End), e lesões por pressão inevitáveis (LPs), baseadas em parte em sessões realizadas na conferência de 2017 do Painel Consultivo Nacional de Úlcera por Pressão.¹ Este artigo apresenta os resultados de uma pesquisa que foi parcialmente baseada naquele artigo e desenvolvida para avaliar as opiniões dos profissionais de saúde sobre a terminologia relevante para determinar seus níveis de concordância e consenso.

MÉTODOS

A medicina baseada em evidências é uma combinação de evidências científicas, opinião/conhecimento de especialistas, e preferência do paciente.² Esta pesquisa foi desenvolvida para solicitar a opinião/conhecimento de especialistas nessa terminologia. A pesquisa foi criada pelos autores do estudo em janeiro e fevereiro de 2019 e implementada por meio da plataforma de pesquisas SurveyMonkey (San Mateo, Califórnia). A pesquisa continha sete perguntas demográficas sobre a experiência clínica e contexto dos participantes, bem como uma pergunta sobre se o participante havia lido o artigo original de CE/CME (Educação Médica Continuada).¹ As instruções diziam que não era necessário ter lido o artigo para responder a pesquisa, e as perguntas foram elaboradas para serem respondidas de forma independente.

Na segunda seção da pesquisa, os participantes foram solicitados a indicar seus níveis de concordância com 10 declarações de consenso. As opções eram: concordo totalmente, concordo em parte, discordo em parte e discordo totalmente. Os participantes também podiam elaborar, incluindo comentários narrativos em qualquer uma das perguntas da pesquisa. As declarações de

R. Gary Sibbald

MD, DSc (Hons), MEd, FRCPC (Med Derm), ABIM, FAAD, MAPWCA, Professor de Medicina e Saúde Pública, Diretor do International Interprofessional Wound Care Course [Curso Internacional Interprofissional de Tratamento de Feridas] e do Masters of Science in Community Health (Prevention and Wound Care) [Mestrado de Ciência em Saúde Comunitária (Prevenção e Tratamento de Feridas)], Dalla Lana Faculty of Public Health, University of Toronto; Líder do Projeto ECHO Ontario Wound & Skin Care, Toronto, Ontario, Canadá; Investigador do Institute for Better Health, Trillium Health Partners; Co-Editor-Chefe da revista *Advances in Skin and Wound Care*, Filadélfia, Pensilvânia

Elizabeth A. Ayello*

PhD, MS, BSN, RN, CWON, ETN, MAPWCA, FAAN, Docente da Excelsior College School of Nursing, Albany, Nova Iorque; Presidente da Ayello Harris & Associates, Inc, Copake, Nova Iorque; Presidente do World Council of Enterostomal Therapists®; Co-Editora-Chefe da revista *Advances in Skin & Wound Care*, Filadélfia, Pensilvânia

* Autora correspondente

consenso incluíram quatro perguntas a respeito da falência da pele, duas perguntas sobre lesões terminais de Kennedy (conhecidas agora como úlceras terminais de Kennedy [UTKs]), e uma única pergunta para cada um dos seguintes tópicos: SCALE, lesões de tecido terminal de Trombley-Brennan, evitabilidade da ulceração terminal, e a definição de LP do CMS (do inglês Centers for Medicare & Medicaid Services). Uma pergunta final aberta pedia que os participantes comentassem sobre o que eles acreditam que é necessário para fornecer uma melhor estrutura conceitual para modificações da pele no final da vida.

Os participantes foram informados no início da pesquisa que os resultados eram anônimos e a conclusão da pesquisa implicava em permissão para a participação. Como incentivo, os participantes poderiam incluir seus nomes e e-mails no final da pesquisa para concorrer a uma chance de ganhar um dos cinco cartões-presente da American Express no valor de \$100 cada ou uma cópia impressa de um livro sobre tratamento de feridas. Essas informações foram armazenadas separadamente dos resultados da pesquisa e apenas os resultados não identificados foram compartilhados com os autores.

A pesquisa ficou disponível do dia 1 de março ao dia 30 de junho de 2019. Para divulgar a pesquisa, avisos foram publicados nas edições de março a junho da revista *Advances in Skin & Wound Care*, além de em uma edição da revista *Nursing2019*. Além disso, e-mails foram enviados aos membros das organizações relevantes que aceitaram divulgar a notificação sobre a pesquisa, incluindo as seguintes

organizações: American Professional Wound Care Association, World Union of Wound Healing Societies, World Council of Enterostomal Therapists®, International Interprofessional Wound Care Group, e participantes do curso International Interprofessional Wound Care Course. As notificações também foram exibidas no website da revista (www.woundcarejournal.com) e nas plataformas das redes sociais, além de em apresentações profissionais dos co-autores da pesquisa.

RESULTADOS DEMOGRÁFICOS

Um total de 505 respostas foram recebidas, mas nem todos os participantes responderam a todas as perguntas. A maior parte das entrevistas concluídas vieram da América do Norte, com participantes globais da Europa, América do Sul, Oriente Médio, Ásia e Austrália. Menos de metade dos participantes (n = 208, 42,89%) declararam não ter lido o artigo no qual a pesquisa se baseou; 20 participantes não responderam a essa pergunta. A tabela 1 resume os dados demográficos dos participantes. A tabela 2 retrata suas respostas por nível de concordância ou discordância. Cada declaração necessitava que 80% dos participantes concordassem (concordo totalmente ou concordo em partes) para chegar ao consenso; 9 das 10 declarações chegaram a um consenso. Foram recebidos um total de 119 comentários e as respostas abertas selecionadas estão agrupadas por temas na Tabela 3.

Os participantes da pesquisa tinham experiência em cuidados com a pele e feridas, com o maior grupo (n = 181, 37,55%) tendo mais

Tabela 1. Resumo das respostas

Pergunta	Resposta, n (%)						Sem Resposta/ Resposta
1. Anos de experiência em tratamento de feridas	>2 a, 26 (5,39%)	2-5 a, 73 (15,15%)	5-10 a, 77 (15,98%)	10-20 a, 125 (25,93%)	>20 a, 181 (37,55%)		23/482
2. Profissão	Enfermeiro, 347 (71,84%)	Médico, 45 (8,91%)	Podólogo, 36 (07,25%)	Reabilitação, 27 (5,59%)	Apoio à área de saúde, 2 (0,41%)	Outra, 26 (5,38%)	22/483
3. % do tratamento de feridas na prática clínica	>60%, 237 (49,17%)	41%-60%, 65 (13,49%)	21%-40%, 67 (13,90%)	6%-20%, 73 (15,15%)	≤5%, 40 (8,30%)		23/482
4. A prática inclui LP, LU, FU, e/ou outra	LP + LU + FU, 320 (66,12%)	Outra + LP, 62 (12,81%) Outra—LP, 23 (4,75%)	LP + LU, 8 (1,65%) LP + FU, 8 (1,65%)	Somente LP, 39 (8,06%)	Somente FU, 18 (3,72%)	Somente LU, 8 (0,165%)	21/484
5. Eu trabalho em ^a	Atendimento domiciliar comunitário, 69 (14,37%)	Cuidados hospitalares agudos, 191 (39,79%)	Cuidados prolongados/crônicos, 62 (12,92%)	Lar de idosos, 87 (18,13%)	Ambulatório de feridas, 128 (26,67%)	Outro, 95 (19,79%)	25/480
6. Minhas certificações incluem ^a	CWOCN, 53 (12,80%) CWON, 32 (7,73%)	CWCN, 13 (3,14%) CWS, 91 (21,98%)	WCC, 112 (27,05%)	ABWM, 28 (6,73%)	CWSS, 13 (3,14%)	Outra, 172 (41,54%)	91/414

Abreviaturas: ABWM, American Board of Wound Healing [Conselho Americano de Cicatrização]; CWCN, Certified Wound Continence Nurse [Enfermeiro Certificado em Continência de Feridas]; CWOCN, Certified in Wound Ostomy Continence Nursing [Certificado em Enfermagem de Continência de Feridas de Estomia]; CWON, Certified Wound Ostomy Nurse [Enfermeiro Certificado em Feridas de Estomia]; CWSS, Certified Wound and Skin Specialist [Especialista Certificado em Feridas e Pele]; FU, úlcera no pé; LU, úlcera na perna; LP, lesão por pressão; WCC, Wound Care Certified [Certificado em Tratamento de Feridas].

^aMarque todas que se aplicam.

de 20 anos de experiência e 125 participantes (25,93%) declarando ter de 10 a 20 anos de experiência (Tabela 1). Dos 505 participantes, 483 identificaram suas profissões. A maioria era de enfermeiros (n = 347, 71,84%), identificados principalmente como prestadores de cuidados diretos, praticantes de enfermagem ou educadores de enfermagem. Os médicos participantes (n = 45, 8,91%) eram principalmente especialistas com especialidades identificadas, incluindo cirurgia plástica ou geral, medicina de emergência e dermatologia. Quase metade dos participantes (n = 237, 49,17%) estimaram que o tratamento de feridas compreendia mais de 60% de sua prática clínica. As lesões por pressão faziam parte do tratamento clínico para 90,2% dos participantes (n = 437). Dois terços dos participantes (n = 320, 66,12%) cuidavam de pacientes com todas estas três condições: úlceras de perna, úlceras de pé e LPs. A maioria trabalhava em cuidados hospitalares agudos (n = 191, 39,79%), seguido de ambulatório de feridas (n = 128, 26,67%).

Uma pergunta na seção demográfica da pesquisa perguntava sobre as certificações do participante. Sete certificações comuns e uma categoria de "outra" foram fornecidas como opções de resposta e os participantes poderiam marcar todas as que se aplicassem. No total, os participantes possuíam 342 certificações individuais, mas alguns possuíam mais de uma. A maior parte das respostas para a categoria "outra" (n = 172) incluía formações avançadas e certificações não-formais de tratamento de feridas.

DECLARAÇÕES DE CONSENSO

A seção a seguir detalha cada declaração de consenso e os resultados relatados. Para ajudar a contextualizar as respostas, um resumo de alguns dos conceitos está incluído. Para uma visão geral mais detalhada, consulte o artigo do resumo e/ou as fontes principais dos termos relacionados.

Todas as declarações chegaram a um consenso, com exceção da associação proposta das LPs como parte da falência da pele. Uma pesquisa de alta qualidade é necessária para validar as observações clínicas e mecanismos propostos dessas lesões.

Declarações 1 e 2: Úlceras Terminais de Kennedy

A declaração 1, "As úlceras terminais de Kennedy são atribuíveis à isquemia local e têm menor probabilidade de serem uma lesão por pressão primária" alcançou 84,29% de concordância. Na declaração 2, "As úlceras terminais de Kennedy são prognósticas de morte iminente" houve 93,82% de concordância.

A UTK foi umas das primeiras úlceras relatadas na literatura moderna.³ Portanto, é possível que os participantes estivessem familiarizados com a lesão. Semelhante à úlcera de Charcot, ela é mais comum sobre o sacro ou o cóccix. É descrita como uma lesão vermelha, amarela e/ou preta em forma de pêra que aparece subitamente. Pode estar sobre a pele intacta ou formar uma erosão (ou seja, perda de epiderme com base epidérmica) ou uma úlcera (ou seja, perda de epiderme com base dérmica ou mais profunda).³

A maioria dos participantes concordou que a isquemia provavelmente desempenhou um papel maior que a pressão na UTK (84,29%; Declaração 1). O sacro não possui boa circulação colateral e é propenso a lesões. Quando o coração ou o cérebro está comprometido, a circulação da pele, rins, fígado, pulmões ou trato gastrointestinal é frequentemente desviada para preservar as

funções vitais. O sangue é deslocado — literalmente espremido — por vasoconstrição, primeiro da pele e tecidos moles em direção ao coração e cérebro, e depois a partir dos órgãos viscerais, devido à engenhosa distribuição adrenérgica nos órgãos do corpo, que faz do cérebro o órgão mais protegido.⁴ Supõe-se que quando os capilares vazam, a hemorragia local pode causar uma coloração vermelha na superfície da pele. À medida que o hematoma se resolve, ela pode evoluir para uma coloração amarela-acastanhada. Se a isquemia local estiver completa e o suprimento de sangue for desligado, pode ocorrer coloração preta. As mudanças de coloração podem variar na UTK dependendo do nível relativo de isquemia.

Knight e colegas⁵ mediram as tensões locais sacrais de oxigênio e dióxido de carbono, juntamente com lactato e uréia no suor, para medidas indiretas de isquemia em 14 voluntários saudáveis. Com variadas pressões externas aplicadas, eles concluíram que os níveis de oxigênio foram reduzidos nos tecidos moles sujeitos a pressões mais altas e que essa diminuição está geralmente associada a um aumento nos níveis de dióxido de carbono "bem acima dos níveis basais normais (com) aumentos consideráveis, em alguns casos até o dobro, nas concentrações tanto de lactato como de uréia no suor no local carregado em comparação com o controle descarregado."⁵ Os investigadores também afirmaram que "... está bem estabelecido que a isquemia por pressão prolongada afetará a viabilidade dos tecidos moles, levando ao seu eventual colapso." Portanto, a UTK pode representar isquemia local em parte devido à circulação cutânea desviada, sujeita a uma pressão muito abaixo da normal, contribuindo para a lesão local.

Embora mais de 90% dos participantes tenham concordado que as UTKs são prognósticas de morte iminente, um dos comentários notou que de acordo com os dados de Kennedy, 44,3% dos pacientes não faleceram no período de 6 semanas após a aparição da lesão. Há apenas um artigo publicado com base em dados sobre as UTKs.³ As pesquisas futuras devem incluir bancos de dados prospectivos, séries de casos e estudos de coorte. Essas lesões são muito provavelmente inevitáveis e não devem ser incluídas em estudos de incidência e prevalência da LP.⁶

De acordo com o *State Operations Manual: Guidance to Surveyors [Manual Estatal de Operações: Orientações para Pesquisadores]* (F686) do CMS, as UTKs devem ser diferenciadas de outras úlceras/lesões:⁶

O estabelecimento é responsável por avaliar e classificar com precisão uma úlcera como uma UTK ou outro tipo de úlcera/lesão por pressão e demonstrar que medidas preventivas adequadas foram tomadas para prevenir úlceras por pressão que não sejam UTK. As UTKs possuem certas características que as diferenciam de outras úlceras por pressão, tais como:

- *As UTKs aparecem subitamente dentro de poucas horas;*
- *Geralmente aparecem no sacro e cóccix, mas podem aparecer nos calcanhares, músculos posteriores da panturrilha, braços e cotovelos;*
- *Os contornos são geralmente irregulares e apresentam coloração vermelha, amarela e preta à medida que a úlcera progride, e são geralmente descritos como em forma de pêra, borboleta ou ferradura; e*
- *Geralmente aparecem como uma abrasão, bolha ou área escura e podem evoluir rapidamente para uma lesão de Estágio 2, Estágio 3 ou Estágio 4.*

Tabela 2. Resultados por Declaração

Declaração	Concordo totalmente	Concordo em parte	Concordância combinada	Discordo em parte	Discordo totalmente	Discordância combinada	Número total de respostas
1. As úlceras terminais de Kennedy são atribuíveis à isquemia local e têm menor probabilidade de serem uma lesão por pressão primária.	125 (47,89)	95 (36,40)	220 (84,29)	30 (11,49)	11 (4,21)	41 (15,70)	261
2. As úlceras terminais de Kennedy são prognósticas de morte iminente (dentro de um período de 6 semanas e até 55,7% conforme documentado nos dados de Karen Lou Kennedy).	148 (57,14)	95 (36,68)	243 (93,82)	9 (93,47)	7 (2,70)	16 (6,18)	259
3. As lesões de tecido terminal de Trombley-Brennan podem representar hipoperfusão e vasos superficiais com vazamento resultando em todos os três itens a seguir: a) Contusão de coloração marrom, rosa e púrpura, como alterações de pele de borboleta. b) Estrias verticais lineares, especialmente nas pernas, ou estrias horizontais com púrpura no abdômen. c) Essas mudanças não se ulceram ou se desfazem.	64 (26,23)	133 (54,51)	197 (80,74)	41 (16,80)	6 (2,46)	47 (19,26)	244
4. O conceito de falência da pele não inclui lesões por pressão.	51 (19,62)	52 (20,00)	103 (39,62)	75 (28,85)	82 (31,54)	157 (60,38)	260
5. A falência da pele pode ocorrer juntamente com doença aguda, doença crônica, e no final da vida.	208 (79,09)	50 (19,01)	258 (98,10)	3 (1,14)	2 (0,76)	5 (1,90)	263
6. A falência da pele é um evento no qual a pele e o tecido subjacente morrem devido à hipoperfusão e ocorre simultaneamente com a falência grave de outros sistemas de órgãos (dois ou mais).	172 (65,90)	76 (29,12)	248 (95,02)	10 (3,83)	3 (1,15)	13 (4,98)	261
7. A definição de falência da pele no final da vida deve incluir uma descrição do grau da lesão cutânea e da área envolvida.	176 (67,43)	68 (26,05)	244 (93,48)	12 (4,69)	5 (1,92)	17 (6,51)	261
8. A úlcera terminal de Kennedy (UTK), as lesões de tecido terminal de Trombley-Brennan (TB-TTI), as Modificações da Pele no Final da Vida (SCALE) e as falências da pele no final da vida são inevitáveis e não são atribuídas a cuidados abaixo do padrão.	159 (60,92)	67 (25,67)	226 (86,59)	23 (8,81)	12 (4,60)	35 (13,41)	261
9. As mudanças descritas nas declarações de SCALE podem ocorrer na ausência de falência da pele.	66 (26,51)	136 (54,62)	202 (81,12)	39 (15,66)	8 (3,21)	47 (18,88)	249
10. O quanto você concorda com a definição de lesão por pressão evitável/inevitável dos Centros de Serviços de Medicare e Medicaid?	112 (42,42)	128 (48,48)	240 (90,91)	15 (5,68)	9 (3,41)	24 (9,09)	264

A declaração que não recebeu consenso está em negrito. Todas as respostas são n (%).

No entanto, não há nenhuma declaração em relação às UTKs no Manual de Usuário do Instrumento de Avaliação do Residente para cuidados prolongados.⁷

Declaração 3: Lesões de tecido terminal de Trombley-Brennan

A terceira declaração da pesquisa alcançou 80,74% de concordância. Ao examinar a etiologia dessas lesões, a cor rosa viria novamente da hemorragia dos vasos superficiais, e a cor marrom-púrpura poderia surgir dos vasos mais profundos e poderia amadurecer em um tipo de evolução de contusão. As estrias verticais nas pernas e áreas horizontais no abdômen podem seguir as dobras cutâneas, os padrões de edema ou a estrutura do plexo vascular da pele.⁸

No relatório original, nenhuma das lesões perdeu sua integridade cutânea ou quebraram para formar uma úlcera. No entanto, os autores da pesquisa receberam sete comentários dos participantes sobre essas lesões quebrarem, com a formação de úlcera.

Declarações 4 a 7: Falência da pele

De todos os conceitos da pesquisa, a falência da pele é o conceito que tem mais artigos relacionados na literatura.⁹⁻¹³ A falência da pele pode ser aguda ou crônica e pode ocorrer no final da vida ou em conjunto com doenças agudas ou crônicas.⁹⁻¹³ Todas as declarações, com exceção de uma, alcançaram consenso em relação à falência da pele. Na declaração 7, "A definição de falência da pele no final da vida deve incluir uma descrição do grau da lesão cutânea e da área envolvida", uma concordância de 93,4% foi alcançada. A declaração 6, "A falência da pele é um evento no qual a pele e o tecido subjacente morrem devido à hipoperfusão e ocorre simultaneamente com a falência grave de outros sistemas de órgãos (dois ou mais)", chegou a 95,62% de concordância. A declaração 5, "A falência da pele pode ocorrer juntamente com doença aguda, doença crônica, e no final da vida", alcançou um nível de concordância ainda maior, com 98,1%. No entanto, um consenso não foi alcançado para a declaração 4, "O conceito de falência da pele não inclui lesões por pressão"; 60,38% dos participantes discordaram dessa declaração.

Ao definir a falência da pele, Langemo e Brown⁹ afirmam: "A falência da pele é um evento no qual a pele e o tecido subjacente morrem devido à hipoperfusão que ocorre simultaneamente com a disfunção ou falência grave de outros sistemas de órgãos". Levine também publicou comentários a respeito da falência da pele^{10,11} que incluíram propostas de definições para a falência da pele, tais como "o estado em que a tolerância do tecido é tão comprometida que as células não conseguem mais sobreviver em zonas de comprometimento fisiológico, como hipóxia, estresses mecânicos locais, entrega prejudicada de nutrientes e acúmulo de subprodutos metabólicos tóxicos. Nesse esquema, a falência da pele pode ocorrer sobre proeminências ósseas, onde a pele e os tecidos subjacentes, incluindo os músculos, são esticados e sujeitos à pressão externa."¹¹ Esses critérios para falência da pele com hipoperfusão e comprometimento de dois ou mais outros órgãos podem ocorrer com uma doença aguda, doença crônica ou no final da vida.

O que ainda precisa de esclarecimento é se a falência da pele envolve um ou mais órgãos. A pesquisa apresentou vários comentários abordando o desejo de obter mais evidências para esclarecer se a insuficiência grave de um órgão é suficiente (por

exemplo, parada cardíaca) ou se dois órgãos internos devem falhar.

É importante distinguir a falência da pele de outros processos de doenças dermatológicas que podem causar comprometimento da pele por mecanismos além da hipoperfusão (por exemplo, eritrodermia com comprometimento da hiperperfusão da pele, onde > 90% da pele é vermelha). A extensão do comprometimento da pele é um componente importante na descrição da lesão isquêmica associada à falência da pele. Descrições específicas de mudanças da pele também devem ser documentadas. Alguns comentários escritos na pesquisa sugerem que a gravidade da lesão cutânea (eritema, erosão, úlcera, necrose, hematomas) e a extensão da lesão (percentual da área de superfície corporal) podem ser uma base de documentação melhor para definir o tratamento do que o grau da lesão cutânea.

Os participantes concordaram que a falência da pele pode ocorrer no final da vida e junto com doenças agudas e crônicas. Delmore e colegas^{12,13} publicaram dois artigos baseados em dados sobre a falência da pele associada a doenças agudas. Em 2015, eles definiram a falência da pele como "hipoperfusão da pele, resultando em morte tecidual no cenário de doença crítica"¹² e posteriormente revisaram a definição como "o estado de hipoperfusão que leva à morte do tecido que ocorre simultaneamente a uma doença crítica".¹³

Há evidências de que, com a isquemia, a pressão limite para uma LP é menor e pode ocorrer mesmo com um padrão aceitável de cuidados.⁶ Foram feitos 15 comentários abertos afirmando que as LPs ocorrem mais facilmente com a falência da pele ou fazem parte do conceito de falência da pele.

Declaração 9: SCALE

Para a declaração "As mudanças descritas nas declarações de SCALE podem ocorrer na ausência de falência da pele", houve 81,42% de concordância e, portanto, consenso. As modificações da pele no final da vida^{14,15} podem ocorrer porque os pacientes estão falecendo sem que ocorra a falência de dois órgãos internos, embora muitos dos critérios de SCALE possam estar presentes na definição de falência da pele. Além disso, as SCALE incluem mudanças na coloração, turgor ou integridade da pele (envolvendo fatores como dispositivos médicos, incontinência, irritantes químicos, exposição crônica a fluidos corporais, fissuras na pele, ruptura, fricção e infecção). A nutrição abaixo da ideal pode resultar em perda de peso, desgaste e alterações na pele com a desidratação. A perfusão tecidual reduzida pode causar uma diminuição local da temperatura da pele, vasculatura manchada e necrose ou gangrena da pele. As lesões por pressão também são um componente das SCALE. A maior parte dessas modificações são inevitáveis.

Declarações 8 e 10: Modificações de pele inevitáveis

Para a declaração 8, "A úlcera terminal de Kennedy (UTK), as lesões de tecido terminal de Trombley-Brennan (TB-TTI), as Modificações da Pele no Final da Vida (SCALE) e as falências da pele no final da vida são inevitáveis e não são atribuídas a cuidados abaixo do padrão", uma concordância de 86,59% foi atingida, levando a um consenso. Da mesma forma, na declaração 10, "O quanto você concorda com a definição de lesão por pressão evitável/inevitável dos Centros de Serviços de Medicare e Medicaid?", uma concordância de 90,91% e consenso foram alcançados.

Tabela 3. Comentários selecionados e agrupados por tema

Necessidade de consenso por especialistas
<ul style="list-style-type: none"> • Um documento mais definitivo • Consenso na terminologia, educação e orientação em relação à documentação e às diretrizes • Consenso ou força-tarefa para estabelecer critérios e incentivo à necessidade de implementá-la como uma terceira classificação de LP (fora de "inevitável") • Políticas e diretrizes • Precisamos de consenso em todos os grupos etários; esse NÃO é um problema geriátrico • Uma estrutura que reúna todos esses conceitos e mostre como eles se relacionam com uma úlcera terminal ou não. • Tempo e melhor distribuição de informações, a NPUAP deve concordar e publicar um artigo técnico • Uma revisão por um grupo de profissionais especializados no tratamento de feridas e desenvolvimento de uma declaração de consenso • Decisão difícil. Mais discussões
É uma lesão por pressão — sim ou não?
<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecimento que a UTK não é uma lesão por pressão • Harmonizá-las com a lesão por pressão • As TBTTI não são uma LP, mas a UTK é • Falência da pele, final da vida, a UTK deve ser excluída do nível de incidência das LPs • A etiologia dessas feridas nem sempre indica LESÃO POR PRESSÃO
Clarificação de definição
<ul style="list-style-type: none"> • As definições devem ser explicadas para profissionais de saúde que não têm treinamento em WOC. Os médicos precisam entender como a pele falha no final da vida e documentar adequadamente. • Devemos abordar a hierarquia de necessidades, se o paciente estiver instável, é melhor sacrificar a pele para manter a perfusão para o cérebro e outros órgãos vitais, já vi dedos dos pés necróticos devido a eventos de hipotensão durante a diálise. Necrose da pele devido a TTP (púrpura trombocitopênica trombótica), pacientes incapazes de respirar, a menos que estejam em posição de Fowler. Isso mostra que não podemos fazer uma designação restrita para que a falência da pele no final da vida inclua estritamente apenas UTK ou TB-TTI, precisamos de uma perspectiva de prazo para a morte e uma lista de processos de doenças que contribuem para a falência da pele: diálise, insuficiência cardíaca, crise de hipotensão, hipóxia etc. • Identificar e diferenciar padrões entre as categorias de final da vida, pacientes de alto risco e peles com problema de rotina • Precisamos de uma definição aceita, ao invés de múltiplas descrições de modificações da pele no final da vida • Definido como parte da falência de vários órgãos, aguda ou crônica • Publicação consistente do exposto acima de forma rotineira, ou seja, mensalmente, para que os médicos possam ver consistentemente a linguagem e o documento de acordo com ela nos registros dos pacientes, para que se tornem linguagem e entendimento comuns • Melhores definições ontológicas • Definições baseadas em evidência • Nesse ponto, a definição de Langemo e Brown deve ser usada para a falência da pele que inclui estágio agudo, crônico e final. UTK, SCALE e TB-TTI devem ser incluídas no estágio final ou falência da pele no final da vida. Mais pesquisas são necessárias, MAS até lá, todas as pesquisas realizadas até o momento nos ajudam a avançar. Eliminar qualquer coisa neste momento não é necessário e nem sábio. • Satisfatório da forma como está
Mais pesquisa
<ul style="list-style-type: none"> • Evidência e pesquisa. Bancos de dados. As TBTTI não são uma LP, mas a UTK é • Estudo com estatísticas e documentação das observações • Acho que a base científica para distinguir as diferenças etiológicas por trás desses fenômenos precisa ser reforçada. Até agora, tudo tem natureza observacional. • Amostragem de tecido de um ECR para fornecer diretrizes claras e critérios de diagnóstico para que a falência da pele influencie práticas políticas, regulatórias e de cobrança • Acho que se fosse autenticado e pesquisado • Abordamos essas questões por mais de uma década com declarações de consenso e pesquisas. Está na hora de alguma ciência real para que possamos ter uma prática baseada em evidências • Usar a ciência para guiar a definição, não o processo • Mais pesquisa na área de modificações da pele do paciente no final da vida • É óbvio que mais pesquisa precisa ser realizada e acredito que a pré-albumina e biópsia na pele com hipoperfusão, especificamente o vazamento de plaquetas do sistema vascular por causa da falta de albumina na pele que a mancha • Mais pesquisa e educação de profissionais de saúde em todos os níveis • Pesquisa primária de tecidos • Mais estudos, treinamento e documentação por enfermeiros de pacientes terminais. • Mais pesquisa

Tabela 3 (continuação). Comentários selecionados e agrupados por tema

Mais educação
<ul style="list-style-type: none"> • Mais educação em falência da pele em geral x17 -configuração, comunidade, enfermagem + médicos, todas as disciplinas, pacientes + famílias, novatos, equipe de suporte – não é culpa deles, validação de educação, melhoria na base de conhecimento, orientação para carreira e equipe • Ter uma árvore de decisão para guiar os funcionários. • Oferecer posições confortáveis de acordo com a preferência do paciente/curativos protetores/colchão de ar • Educação em falta de oxigênio • As instituições precisam de mais treinamento e recursos visuais de treinamento. Além disso, a comunidade e membros da família com pouco conhecimento podem ser um pouco rudes com a equipe quando essas mudanças de pele ocorrem, acusando-os de maus cuidados • Para distinguir essas mudanças de UP/LPs, os médicos precisam ser educados sobre as causas adjacentes de cada problema. A isquemia está por trás das SCALE. A inflamação devido a lesões está por trás das UP/LPs. • Falta educação nas instituições de cuidados prolongados, cuidado primário, e quando membros da família recebem o diagnóstico que tem resultados terminais que podem resultar em falências da pele. Os membros da família também precisam ser educados • Medicare precisa ser educado • Oferta de experiências educacionais on-line ou em conferências para enfermeiros de instituições de cuidado prolongado. • As agências de cuidados de saúde federais devem ser educadas - elas não sabem muito sobre a medicina neste momento em relação a esse tópico • Mais artigos sobre essas questões, mais fotos de pacientes no texto
Falência da pele
<ul style="list-style-type: none"> • Melhor conscientização sobre o conceito de falência da pele • Gostaria que a diretriz internacional incluísse declarações mais definitivas sobre a falência da pele, para que todos falemos o mesmo idioma, mesmo que sejam amplas, para que possamos nos guiar pelo mesmo documento. Isso ajudaria muito na Austrália, uma vez que muitas pessoas ainda usam nossas diretrizes australianas ultrapassadas. Uma diretriz internacional deve ser nosso padrão principal com o qual possamos todos concordar e nos apoiar globalmente para oferecer um melhor cuidado a esses pacientes. Como dito anteriormente, também acredito que devemos considerar a falência da pele que ocorre fora do final da vida. É muito variada para definir, mas ela existe. Conceitualmente, tendemos a encaixar tudo em quadros, a pele é maior do que isso, as pessoas convivem com a falência da pele muito antes de estarem nas últimas 6 semanas de vida. • A pele é um órgão que pode falhar como os outros órgãos falham no final da vida • Maior entendimento do declínio geral no sistema de falência múltipla e final da vida • Incluir todos esses termos como falência da pele em pessoas em estado terminal. Não diferenciar. Isso só torna as coisas mais confusas. A falência da pele no final da vida é o conceito geral. • O que é a falência da pele? É visível? É sistêmica, ou seja, em toda a superfície da pele e não apenas nas proeminências ósseas. Sim, a pele falha mais facilmente no final da vida por várias razões. Certamente a hipoperfusão faz com que a pele seja mais suscetível à pressão. Emagrecimento, imobilidade, etc. contribuem para dificultar o alívio da pressão. A definição dermatológica de falência da pele é diferente da definição da comunidade de tratamento de feridas. Precisamos de consistência
Final da vida/SCALE
<ul style="list-style-type: none"> • Manutenção, gerenciamento de dor, controle de drenagem, e conforto. O final da vida significa apenas isso para cada órgão do corpo. A pele é o maior órgão e não deve ser tratada de forma diferente • Muitas vezes, no final da vida, é mais estressante para o paciente ser girado e reposicionado quando está tão perto da morte. • Talvez seja melhor agrupar todos eles em SCALE para aliviar a confusão.
Responsabilidade
<ul style="list-style-type: none"> • Menos ênfase no medo da responsabilidade. Deveríamos tornar o diagnóstico das LPs mais simples ao invés de mais complicado para então prevenir • Gostaria que o senso comum e a responsabilidade também fossem considerados • O evento adverso não levou em consideração que a pele é o maior órgão do corpo. Como os rins, pulmões, corações que falham e não somos penalizados por essas falhas, "eles" decidiram penalizar se houver falência da pele no final da vida. Entendo que iniciativas foram tomadas porque como enfermeira há 35 anos, já vi feridas terríveis em pacientes devido à falta de cuidados, mas agora precisamos resolver isso. Ver quais eventos ocorreram nas semanas anteriores a esses problemas de pele aparecerem... Código azul, uso de vasopressores, falha múltipla de órgãos, etc. precisam ser levados em consideração. • Não atribuído aos maus cuidados. Classificação do CMS • Manutenção, gerenciamento de dor, controle de drenagem, e conforto. O final da vida significa apenas isso para cada órgão do corpo. A pele é o maior órgão e não deve ser tratada de forma diferente • Se o padrão de cuidados for atingido e documentado e as comorbidades e falências de órgãos forem documentadas como parte do diagnóstico, então é uma condição de pele no final da vida.

Tabela 3 (continuação). Comentários selecionados e agrupados por tema

Diagnóstico
<ul style="list-style-type: none"> Os médicos devem estar cientes e saber onde encontrar a informação que eles precisam para fazer o diagnóstico Definição mais forte. Progressão provável com a linha do tempo? Um instrumento como a Escala de Braden que pode quantificar as modificações da pele que ocorrem no final da vida. Melhores marcadores de falência múltipla de órgãos, documentação da falência da pele e sua aparência, testes laboratoriais que indiquem a falência da pele, etc. Tais modificações também devem ser coordenadas com a condição cognitiva do paciente e a capacidade de atender às medidas de autoproteção Precisamos olhar para as causas, assim como aprendemos LP vs MASD Como é multifatorial, pode ser necessária uma lista de verificação para determinar se é SCALE ou uma HAPI (Lesão por pressão hospitalar) Listas de verificação que auxiliem no diagnóstico e prognóstico Precisamos de melhores critérios de diagnóstico
Inevitável
<ul style="list-style-type: none"> As lesões por pressão inevitáveis devem ser excluídas do número total de incidências no final de cada mês Uma apreciação de que a pele é um órgão e, como acontece com outros órgãos, pode falhar, apesar de todas as intervenções médicas. A definição de evitável exige que os médicos façam tudo o que for "razoável" para manter a integridade da pele em qualquer ambiente em que se encontrem
Diversos
<ul style="list-style-type: none"> Melhor escolha de pessoal Menos ênfase no medo da responsabilidade. Deveríamos tornar o diagnóstico das LPs mais simples ao invés de mais complicado para então prevenir Reconhecimento de processos de negação do paciente e da família Trabalhar com outras especialidades para individualizar o cuidado Melhores superfícies de apoio Você simplesmente não tem espaço suficiente aqui para eu pontificar

Abreviaturas: UTK, Úlcera terminal de Kennedy; HAPI, lesão por pressão hospitalar; MASD, lesão cutânea associada à umidade; NPUAP, Painel Consultivo Nacional de Úlcera por Pressão; LP, lesão por pressão; UP, úlcera por pressão; ECR, estudo controlado randomizado; SCALE, modificações da pele no final da vida; TB-TTI, lesões de tecido terminal de Trombly-Brennan; WOC, continência de ferida de estomia.

As definições mais recentes do CMS (em vigor desde 28 de novembro de 2017) fornecidas para distinguir as LPs evitáveis e inevitáveis, encontram-se a seguir:⁶

"Evitável" significa que o residente desenvolveu uma úlcera/lesão por pressão e que a instituição não fez um ou mais dos seguintes procedimentos: avaliar a condição clínica e os fatores de risco do residente; definir e implementar intervenções que sejam consistentes com as necessidades do residente, as metas do residente e os padrões profissionais da prática; monitorar e avaliar o impacto das intervenções; ou revisar as intervenções conforme apropriado.

"Inevitável" significa que o residente desenvolveu uma úlcera/lesão por pressão, embora a instituição tenha avaliado a condição clínica e os fatores de risco do residente; definido e implementado intervenções consistentes com as necessidades do residente, as metas do residente e os padrões profissionais da prática; monitorado e avaliado o impacto das intervenções; e revisado as abordagens conforme apropriado.

O CMS também fornece esclarecimento sobre as LPs no final da vida. Mesmo que um residente tenha uma diretiva antecipada, a instituição ainda precisa fornecer ao residente cuidados pertinentes e de apoio, desde que não sejam proibidos pela diretiva.⁶ Além disso, também são fornecidas declarações sobre se uma LP é evitável ou inevitável:⁶

É importante que os pesquisadores compreendam que, quando uma instituição tenha implementado abordagens individualizadas para atendimento no final da vida de acordo com os desejos do residente, o desenvolvimento, a continuação ou o agravamento de uma UP/LP pode ser considerado inevitável. Caso a instituição tenha implementado os esforços adequados para estabilizar a condição do residente (ou tenha indicado o motivo pelo qual a condição não pode ou não deve ser estabilizada) e tenha prestado cuidados para prevenir ou tratar as UP/LPs existentes (incluindo abordagens pertinentes, rotineiras e menos agressivas, tais como limpeza, rotação, reposicionamento), a UP/LP pode ser considerada inevitável e consistente com os requisitos regulamentares.

Algumas das respostas demonstraram preocupação sobre como definir "cuidado abaixo do padrão". Talvez os elementos dos processos que o CMS descreve na definição de "evitável" possam ser usados para definir o que os participantes chamaram de "cuidado abaixo do padrão".

Questões abertas

No final da pesquisa, os autores pediram que os participantes escrevessem comentários, alguns dos quais foram organizados por tema na Tabela 3. Muitos participantes da pesquisa declararam querer uma declaração mais definitiva sobre a falência da pele/modificações da pele no final da vida (por exemplo, de uma força-

tarefa ou grupo de consenso). Eles também solicitaram definições mais alinhadas com as evidências. Claramente, há necessidade de mais evidências científicas por meio de pesquisas que utilizem uma estrutura conceitual aprimorada para a falência da pele no final da vida. Ideias específicas sobre os critérios de diagnóstico precisam ser validadas e os aprimoramentos nas definições exigem mais pesquisa. Os médicos também querem saber mais sobre como descrever essas feridas, como elas impactam o financiamento e como relacionar essas questões com os pacientes e famílias. A necessidade de uma educação mais direcionada para os médicos é uma oportunidade futura.

CONCLUSÕES

Este estudo representa um primeiro passo para explorar as opiniões da comunidade global de cuidados com a pele e feridas a respeito das úlceras/lesões terminais, falência da pele e SCALE de forma estruturada. Ficou claro que os participantes querem uma terminologia mais clara e esperam um consenso global. É importante notar que houve falta de consenso sobre se a falência da pele inclui LPs. A necessidade de mais pesquisa nessa área, incluindo critérios de diagnóstico claros, foi expressa repetidamente pelos participantes da pesquisa. Os próximos passos podem incluir uma força-tarefa de tradução de conhecimento ou uma conferência de consenso global para explorar a terminologia e propor estudos científicos de validação. Essa pesquisa pode ser facilitada pelo desenvolvimento de bancos de dados por meio do patrocínio de organizações profissionais nacionais ou internacionais.

PONTOS DE PRÁTICA

- Acredita-se que as UTK e as TB-TTI sejam úlceras terminais observadas em pacientes no final da vida.
- Os resultados da pesquisa revelam que não há um consenso atual sobre se o conceito de falência da pele inclui lesões por pressão.
- Os critérios de falência da pele (aguda, crônica e/ou no final da vida) devem ser melhor definidos e então validados.
- Embora existam definições para LPs inevitáveis e evitáveis pelo CMS e outros órgãos reguladores, os critérios globais para determinar quando uma LP é evitável ou inevitável devem ser validados e acordados.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

FINANCIAMENTO

Os autores não receberam financiamento para este estudo.

REFERÊNCIAS

1. Ayello EA, Levine JM, Langemo D, Kennedy-Evans KL, Brennan MR, Sibbald RG. Reexamining the literature on terminal ulcers, SCALE, skin failure, and unavoidable pressure injuries. *Adv Skin Wound Care* 2019;32(3):109–21.
2. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312(7023):71–2.

3. Kennedy KL. The prevalence of pressure ulcers in an intermediate care facility. *Decubitus* 1989;2(2):44–5.
4. Bonanno FG. Physiopathology of shock. *J Emerg Trauma Shock* 2011;4(2):222–32.
5. Knight SL, Taylor RP, Polliack AA, Bader DL. Establishing predictive indicators for the status of loaded soft tissues. *J Appl Physiol* (1985) 2001;90(6):2231–7.
6. Centers for Medicare & Medicaid Services. State Operations Manual: Guidance to Surveyors F686. 2017. www.amtwoundcare.com/uploads/2/0/3/7/20373073/som-guidance-to-surveyors-f686-only.pdf. Last accessed January 3, 2020.
7. Centers for Medicare & Medicaid Services. Long-term Care Facility Resident Assessment Instrument 3.0 User's Manual. Version 1.17.1. October 2019. https://downloads.cms.gov/files/mds-3.0-rai-manual-v1.17.1_october_2019.pdf. Last accessed January 3, 2019.
8. Trombley K, Brennan MR, Thomas L, Kline M. Prelude to death or practice failure? Trombley-Brennan terminal tissue injuries. *Am J Hosp Palliat Care* 2012;29(7):541–5.
9. Langemo D, Brown G. Skin fails too: acute, chronic, and end-stage skin failure. *Adv Skin Wound Care* 2006;19(4):206–11.
10. Levine JM. Skin failure: an emerging concept. *J Am Med Dir Assoc* 2016;17(7):666–9.
11. Levine J. Unavoidable pressure injuries, terminal ulceration and skin failure: in search of a unifying classification system. *Adv Skin Wound Care* 2017;30(5):200–2.
12. Delmore B, Cox J, Rolnitzky L, Chu A, Stolfi A. Differentiating a pressure ulcer from acute skin failure in the adult critical care patient. *Adv Skin Wound Care* 2015;28(11):514–24.
13. Delmore B, Cox J, Smith D, Chu AS, Rolnitzky L. Acute skin failure in the critical care patient [published online November 27, 2019]. *Adv Skin Wound Care*.
14. Sibbald RG, Krasner DL, Lutz J. SCALE: Skin changes at life's end: final consensus statement: October 1, 2009. *Adv Skin Wound Care* 2010;23(5):225–36.
15. Sibbald RG, Krasner D. Skin Changes At Life's End (SCALE): a preliminary consensus statement. *WCET J* 2008;28(4):15–22.