

FATORES DE RISCO PARA ÚLCERA DE PRESSÃO: SUBSÍDIOS PARA A PREVENÇÃO*

RISK FACTORS FOR PRESSURE ULCERS: SUBSIDY TO PREVENTION

Ana Cristina Mancussi e Faro**

FARO, A.C.M. e. Fatores de risco para úlcera de pressão:subsídios para a prevenção. *Rev.Esc.Enf.USP*, v.33, n.3, p.279-83, set. 1999.

RESUMO

Uma das complicações mais severas para a pessoa com lesão medular é a úlcera de pressão. Sendo assim a prevenção destas feridas e a identificação de fatores de risco são necessidades prementes para o enfermeiro. Trata-se de um estudo decorrente de uma pesquisa mais abrangente, que abordou a assistência de enfermagem ao lesado medular em reabilitação buscando identificar os fatores de risco para úlcera de pressão utilizando os registros das enfermeiras nos históricos de enfermagem e a Taxonomia I da NANDA e analisar as intervenções de enfermagem preconizados face ao diagnóstico potencial para prejuízo na integridade da pele. Os fatores de risco identificados referem-se às alterações decorrentes da lesão neurológica, história prévia de ferida e lesão inicial. As intervenções de enfermagem preconizadas totalizaram 16, com caráter de orientação ao paciente e à família voltadas para higiene corporal, mudança de decúbito, posicionamento no leito e em cadeira de rodas, denotando pertinência ao diagnóstico elaborado.

UNITERMOS: Diagnóstico de enfermagem. Úlcera de decúbito. Reabilitação.

ABSTRACT

Pressure ulcers is one of the most severe complication in the spinal cord injured patients begin the prevention aspects and the early identification of the risk factors are imperative action for the nursing assistance of these patients. This study evaluated the nursing care plans for these patients that at the time of the study were already included in the rehabilitation program in order to identify the risk factors for the pressure ulcer development by analysing the nursing documentation adapting the Taxonomy of NANDA. Evaluate the nursing procedures proposed to the diagnosis risk for impaired skin integrity. The identified risk factors are referred to the phisical alterations determinate by the neurologic lesion, wound's history and inicial lesions. The proposed nursing procedures were sixteen (16) that infasezed patient and family's instructions on body cleaning, position on bed and wheel chair based on the diagnosis established.

UNITERMS: Nursing diagnosis. Decubitus ulcer. Rehabilitation.

INTRODUÇÃO

Úlceras de pressão são complicações, no caso de lesados medulares, que acarretam demora no processo de reabilitação, requerendo assistência interdisciplinar e especializada.

A pessoa com lesão medular apresenta alterações significativas de motricidade e sensibilidade dentre tantas outras ocorrendo muitas vezes dependência de terceiros para atividades antes tidas como corriqueiras e outras mais íntimas como a higiene após eliminações.

As atividades básicas da vida diária como vestir, despir, alimentar-se, posicionar-se na cama ou em uma cadeira, higienizar-se passam a ser desenvolvidas, no mínimo, com ajuda de terceiros ou há total dependência de outras pessoas.

Torna-se importante, face a tão complexas alterações a prevenção de úlceras de pressão. Sabe-se que as escaras de decúbito ou úlceras de pressão são complicações comuns em pessoas com lesão medular (FARO, 1995; LIANZA, SPÓSITO, 1994) e uma das

* Trabalho realizado a partir da tese de doutoramento apresentada à Escola de Enfermagem da USP em 1995.

** Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP

grandes preocupações da enfermeira enquanto elemento da equipe multiprofissional de reabilitação.

Este trabalho destaca o caráter educativo e preventivo esboçando intervenções de enfermagem direcionadas ao paciente/família, tendo como pano de fundo o diagnóstico de enfermagem Potencial para prejuízo na integridade da pele.

Quando se pensou em estudar diagnósticos de enfermagem, conforme proposto na tese (FARO, 1995), percebemos a trajetória onde estão inseridos, ou seja, trata-se de uma classificação ou uma elaboração que vai do avaliar ao intervir. Assim consideramos oportuno esclarecer uma definição de intervenção de enfermagem que segundo BULECHEK, McCLOSKEY (1987, 1992) propõem que seja um direção no cuidar que a enfermeira realiza em favor do paciente, durante o tratamento, sendo uma função essencial deste profissional.

Esperamos que este texto possa contribuir junto à assistência e ao ensino, pois aborda o cuidar, prevenindo e reeducando.

OBJETIVOS

√ Identificar os fatores de risco para úlcera de pressão utilizando os registros das enfermeiras da equipe de lesado medular feitos nos históricos de enfermagem e a Taxonomia I da NANDA.

√ Identificar e analisar as intervenções de enfermagem preconizadas ao lesado medular face aos fatores de risco identificados.

METODOLOGIA

Campo de realização do estudo

Esta pesquisa foi realizada em uma instituição governamental junto à equipe multidisciplinar de assistência ao lesado medular, na cidade de São Paulo, onde são desenvolvidos programas de reabilitação às pessoas que apresentam deficiência física ou sensorial incapacitante.

Material

Foi realizado um levantamento dos pacientes

Tabela 01 - Fatores de risco que fundamentam o diagnóstico Potencial para prejuízo na integridade da pele. São Paulo, 1998.

DIAGNÓSTICO	N	FATORES DE RISCO	N
Potencial para prejuízo na integridade da pele	38	Alteração de sensibilidade e motricidade	38
		Incontinência urinária	27
		Alterações de turgor e na elasticidade da pele (pele ressecada)	3
		História prévia de úlcera de pressão	1
		Flictena em região de proeminência óssea	1

que estiveram em programa de reabilitação no período entre 1988-1992. Deste total foram utilizados aqueles prontuários que tinham Histórico e Evolução de Enfermagem preenchidos, compondo a documentação do prontuário. Em etapa posterior da pesquisa a população foi constituída por profissionais que formaram o grupo de juizes, os quais procederam à validação das intervenções de enfermagem relativas aos diagnósticos de enfermagem mais freqüentes.

Coleta de dados

À partir dos registros feitos nos históricos de enfermagem, formulamos os diagnósticos de enfermagem pela presença de fatores de risco/características definidoras tal como proposto pela Taxonomia I da NANDA. As intervenções de enfermagem foram identificadas frente aos diagnósticos formulados, e que estavam registradas na *Evolução de Enfermagem*.

No presente trabalho estamos pontuando o diagnóstico de enfermagem - Potencial para prejuízo na integridade da pele e as intervenções a ele pertinentes. Seguimos os passos metodológicos descritos anteriormente.

RESULTADOS E COMENTÁRIOS

Este trabalho é parte de uma pesquisa mais abrangente (FARO, 1995). O estudo dos 38 prontuários de lesados medulares que estavam em programa de reabilitação no período de 1988-1992, possibilitou que identificássemos 14 diagnósticos de enfermagem e que fossem validadas 76 intervenções de enfermagem. Dada a importância da prevenção da úlcera de pressão sobretudo no lesado medular, neste artigo privilegiamos o diagnóstico Potencial para prejuízo na integridade da pele, destacando os fatores de risco e as intervenções de enfermagem preconizadas.

Utilizando a Taxonomia I da NANDA (FARIAS, 1992), nos foi possível identificar os fatores de risco que embasam a elaboração do diagnóstico Potencial para prejuízo na integridade da pele, formulado para a totalidade dos pacientes (38).

Os fatores de risco identificados nos registros feitos pelas enfermeiras no histórico de enfermagem estão apresentados na tabela 01 como segue:

Diante desses resultados podemos afirmar que houve coerência quanto aos fatores de risco por nós encontrados e àqueles propostos pela NANDA.

É importante notar que este diagnóstico apresenta diversos pontos de intersecção com a maioria dos diagnósticos propostos na tese. Acreditamos, portanto, que o raciocínio do especialista conduza a uma formulação precisa do diagnóstico potencial para prejuízo na integridade da pele, uma vez que ele conhece e intervém face às decorrências da lesão medular, ou seja, são vários fatores de risco imbricados, que para outros diagnósticos, são características definidoras as quais os fundamentam.

Vale lembrar da complexidade das alterações advindas do trauma raqui-medular e considerar ainda fatores mecânicos (pressão, contensão), hipertermia, alterações circulatórias (tendência a formação de trombos) e alteração no turgor e na elasticidade da pele que podem não ter embasado este diagnóstico, neste estudo, mas certamente aparecem de maneira expressiva no processo de reabilitação do lesado medular.

Quanto às intervenções de enfermagem, verificamos 16 intervenções preconizadas pelos juizes na fase III - Delphi, como mostra a tabela 02.

Tabela 02 - Distribuição das intervenções de enfermagem relativas ao diagnóstico de enfermagem potencial para prejuízo na integridade da pele, FASE III. São Paulo, 1998.

INTERVENÇÕES ENFERMAGEM	PROPRIEDADE (%)		CLAREZA (%)	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
ORIENTAR O PACIENTE QUANTO:				
- aos cuidados com a integridade da pele e prevenção de úlceras de pressão	100	0	100	0
- à necessidade de reeducação vesical com manobras de esvaziamento a cada 3 horas	100	0	100	0
- à necessidade do uso de emolientes para hidratação de pele, principalmente os membros inferiores (MMII)	100	0	100	0
- à verificação da temperatura da água antes de iniciar o banho	100	0	100	0
- à utilização de dispositivos para incontinência urinária e de bolsa coletora de perna para reiniciar reeducação vesical	84,62	15,38	84,62	15,38
- à mudança de decúbito, pelo menos, a cada 2 horas	76,93	23,07	92,31	7,69
- à ingestão de 2 a 3 litros de líquido por dia, contribuindo para a manutenção das condições de pele e a reeducação vesical	100	0	84,62	15,38
ORIENTAR E TREINAR O PACIENTE QUANTO:				
- ao posicionamento no leito e na cadeira de rodas com o objetivo de prevenção de deformidades de úlceras de pressão	100	0	100	0
- à mudança de decúbito no leito	92,31	7,69	92,31	7,69
- à realização de "push-up"	100	0	100	0
ORIENTAR E TREINAR O PACIENTE E FAMILIAR QUANTO:				
- à observação diária da pele do pênis quando utilizar dispositivo para incontinência urinária ou coletor de urina	100	0	100	0
- aos cuidados higiênicos, evitando contato e resíduos de fezes e urina na pele	100	0	100	0
- à alimentação rica em proteínas e vitaminas	100	0	100	0
- aos primeiros sinais de úlcera de pressão	100	0	100	0
- à observação diária da pele utilizando espelho	100	0	100	0

Muitas vezes as intervenções de enfermagem não atendem a um único diagnóstico, fazendo parte de um raciocínio mais abrangente e complexo. Isto pode estar evidente quando se trata de diagnóstico cuja denominação é um “potencial para”, ou seja, estamos pressupondo uma série de fatores de risco que podem contribuir ou favorecer o desencadeamento de alguma alteração.

O potencial para prejuízo na integridade da pele, definido pela NANDA como o estado em que a pele do indivíduo apresenta o risco de ser prejudicada, foi formulado para a totalidade dos pacientes e desencadeou intervenções predominantemente relacionadas aos cuidados preventivos com a pele, ao posicionamento no leito, mudança de decúbito e cuidados com a reeducação vesical.

As intervenções relativas a este diagnóstico, formam pontos de intersecção com outros conjuntos de intervenções de vários diagnósticos.

Percebemos que, com aplicação da técnica Delphi, a tendência dos juízes foi de confirmá-las, tanto que não obtivemos mudanças nas propostas inicialmente.

BASTA (1991) mostra alguns aspectos na educação da prevenção de úlceras de pressão em lesados medulares e aponta como principais implicações para a prática de enfermagem que deve-se encorajar a independência dos pacientes nas fases mais tardias do programa de reabilitação, sabendo que para lesados medulares é uma meta conseguir sua independência nas atividades da vida diária. No entanto, para que se consiga isso, é preciso ensinar ao paciente como cuidar da pele, como evitar lesões do tipo úlcera de pressão, pois a cada lesão, o programa fica praticamente interrompido, retardando o processo de reabilitação.

Até então, podemos observar o consenso dos juízes em preconizar intervenções de cunho preventivo, na tentativa de motivar os enfermeiros a proporem ações de tal esfera, facilitando a reintegração do lesado medular.

LIANZA; SPÓSITO (1994) ao tratarem do assunto sobre almofadas e dispositivos de posicionamento em cadeiras de rodas, descrevem as alterações metabólicas decorrentes da pressão localizada. Estes autores afirmam que as necessidades circulatórias de sangue e albumina para prevenir úlcera de pressão é de 20 mm Hg. A oclusão capilar e a necrose dos tecidos ocorrem com pressão entre 13 e 34 mm Hg, sendo que a redução da pressão local e do estresse nas bordas da ferida, necessita ser acompanhada de adequada redistribuição de peso e do corpo. A diminuição da temperatura local é também importante para reduzir a demanda metabólica do tecido devido ao

comportamento da circulação. Estes autores ainda afirmam que a cada 1°C de aumento da temperatura, eleva 10% o metabolismo e, a deficiência de circulação faz com que as células não recebam nutrientes, logo não conseguem eliminar metabólitos, o que leva à necrose.

Tais afirmações compõem a base de conhecimento, minimamente necessária, para subsidiar uma proposta de intervenção e que surta resultados satisfatórios. Talvez aí, uma justificativa do motivo pelo qual os juízes enfatizam a mudança de decúbito, o “push-up” e o posicionamento no leito e em cadeira de rodas.

Ressaltamos ainda o predomínio de intervenções no sentido de orientação/treinamento sobretudo ao paciente. A família como foco de atenção é lembrada juntamente com o paciente em 5 das 16 intervenções de enfermagem. Apenas uma intervenção tem no seu enunciado o verbo da ação para avaliar.

Embora tenha sido preconizada pelos juízes, acreditamos que seja controversa uma vez que “avaliar o paciente quanto ao posicionamento no leito” poderia estar fazendo parte do levantamento de dados sobre o conhecimento e prática do paciente quanto ao posicionamento no leito e não uma ação interveniente.

Também é possível apreender que as intervenções de enfermagem, enfatizando o caráter preventivo das úlceras de pressão, apontam a mudança de decúbito e posicionamento no leito não, esclarecendo equipamentos específicos para isso. Reforçam a questão da higiene, bem como da alimentação e hidratação.

Outrossim a prevenção merece ser abordada pelo enfermeiro como um hábito a ser desenvolvido pelo paciente/família e, para tanto, torna-se viável buscar compreender a dinâmica familiar, identificar e caracterizar o cuidador ou o(s) familiar (es) com potencial para isso e, principalmente, possibilitar ao paciente que participe ativamente destes cuidados conhecendo fatores de risco e na elaboração do programa de prevenção de úlcera de pressão o mais precocemente dentro das condições gerais e evolução clínica.

CONCLUSÕES

Este trabalho, em função do material e método por nós utilizados, permitiu que chegássemos às seguintes conclusões:

√ à partir dos registros feitos pelas enfermeiras nos históricos de enfermagem e utilizando a Taxonomia I da NANDA, foi possível formular o diagnóstico potencial para prejuízo na integridade da pele para a totalidade dos pacientes (38), identificando como fatores de risco para esta clientela:

alterações da motricidade e sensibilidade;
incontinência urinária;
alterações no turgor e na elasticidade da pele;
história prévia de úlceras de pressão;
flictena em proeminência óssea.

√ Com a utilização da Técnica de Delphi em três fases para a validação das intervenções de enfermagem constatamos 16 intervenções pertinentes ao diagnóstico potencial para prejuízo na integridade da pele, formulado face aos fatores de risco apontados anteriormente. Verificamos predominância em 15 delas para ações de orientar/treinar o paciente, enfocando a mudança de decúbito, posicionamento no leito, higienização, alimentação e hidratação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BASTA, S. Pressure sore education with the spinal cord injured. *Rehabil. Nurs.*, v. 16, n. 1, p. 6-8, 1991.
- BULECHEK, G.M; McCLOSKEY, J.C. Nursing interventions: what they are and how to choose them. *Holist. Nurs. Pract.*, v. 3, n. 1, p. 36-44, 1987.
- BULECHEK, G.M; McCLOSKEY, J.C. Defining and validating nursing interventions. *Nurs. Clin. North. Am.*, v. 27, n. 2, p. 289-97, 1992.
- FARIAS, J.N. et al. **Diagnóstico de enfermagem: uma abordagem conceitual e prática.** João Pessoa, Santa Marta, 1992.
- FARO, A.C.M. e. **Do diagnóstico à conduta de enfermagem: a trajetória do cuidar na reabilitação do lesado medular.** São Paulo, 1995. 207 p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- LIANZA, S.; SPÓSITO, M.M. de M. **Reabilitação: a locomoção em pacientes com lesão medular.** São Paulo, Sarvier, 1994.