

AValiação Clínica e Epidemiológica das Úlceras por Pressão em Pacientes Internados no Hospital São Paulo

LEILA BLANES*, IVONE DA SILVA DUARTE, JOSÉ AUGUSTO CALIL, LYDIA MASAKO FERREIRA

Trabalho realizado no programa de Pós-Graduação em Cirurgia Plástica Reparadora da Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP.

RESUMO – OBJETIVO. Caracterizar o perfil dos pacientes internados no Hospital São Paulo, portadores de úlcera por pressão (UP).

MÉTODOS. Estudo prospectivo, baseado na avaliação de todos os portadores de UP, internados no período de 1 a 31 de maio de 2002 neste hospital. Foi utilizado um questionário que contém dados demográficos, clínicos, classificação da UP e aplicação da Escala de Braden. Para a análise estatística foi utilizado o Teste do qui quadrado de Pearson, sendo considerado significativo um $p \leq 0,05$.

RESULTADOS. Dos 78 portadores de UP, 66,7% tinham idade acima de 61 anos, com média de idade igual a 64 anos. A média de tempo de internação foi de 33 dias. Foi observado que 68% da amostra desenvolveram a úlcera no hospital, sendo que 34 (43,7%) eram pré-úlceras. As causas mais frequentes de hospitalização

foram as neoplasias (29,5%) e as doenças neurológicas (29,5%). Na classificação das UP, todos os estágios foram encontrados na região sacral, sendo 19 (24,4%) pré-úlcera, 30 (38,5%) grau II, nove (11,5%) grau III e dez (12,8%) grau IV. De acordo com a Escala de Braden, metade dos pacientes internados possuía alto risco para formação de UP, enquanto 16 (20,5%) apresentaram risco moderado, 15 (19,3%) baixo risco e apenas 8 (10,2%) não eram de risco.

CONCLUSÃO. Observou-se uma amostra com risco elevado de desenvolver UP, sendo necessário adotar medidas adequadas para preveni-las, principalmente durante o período de hospitalização.

UNITERMOS: Úlcera de pressão. Características da população. Hospitalização. Epidemiologia.

INTRODUÇÃO

As úlceras por pressão (UP) são definidas como lesões cutâneas ou de partes moles, superficiais ou profundas, de etiologia isquêmica, secundária a um aumento de pressão externa, e localizam-se, usualmente, sobre uma proeminência óssea^{1,2}. O diagnóstico é feito por meio de métodos visuais que também classificam as úlceras em estágios, importantes na elaboração de estratégias terapêuticas^{3,4}.

De acordo com o "National Pressure Ulcer Advisory Panel", a prevalência em hospitais nos Estados Unidos varia de 3% a 14%, aumentando para 15% a 25% em casas de repouso⁵.

Barbenel et al.⁶, em pesquisa realizada na cidade de Glasgow, sobre a prevalência de UP em hospitais, revelam índices de 8,8%, sendo que 70% dos pacientes tinham 70 anos ou mais.

Em uma revisão de literatura, Bryant et al.⁵ encontraram incidências que variam de 1,85% a 25%, dependendo da população estudada. Bergstrom et al.⁷ apresentaram 23,9% de incidência de UP em casas de repouso em contraste com 4,5% apresentados por Manley⁸ no Hospital Groote Schuur, na África do Sul, observando que a maioria dos portadores deste tipo de úlcera tinham mais de 60 anos.

As UPs são causadas por fatores intrínsecos e extrínsecos ao paciente. Existem quatro fatores extrínsecos que podem levar ao aparecimento destas lesões: a pressão, o cisalhamento, a fricção e a umidade.

A pressão é considerada o principal fator causador da UP, sendo que o efeito patológico no tecido pode ser atribuído à intensidade da pressão, duração da mesma e tolerância tecidual⁵.

Dentre os fatores intrínsecos, destacam-se a idade, o estado nutricional, a perfusão tecidual, o uso de alguns medicamentos e as doenças crônicas como o *diabetes mellitus* e doenças cardiovasculares^{5,7, 9,10,11}.

Para avaliação do risco de formação de UP, existem diversas escalas, dentre

elas a Escala de Braden, que foi desenvolvida com base na fisiopatologia das UPs, utilizando dois determinantes considerados críticos: a intensidade e a duração da pressão, e a tolerância tecidual¹². É composta de seis subescalas: percepção sensorial, umidade da pele, atividade, mobilidade, estado nutricional e fricção e cisalhamento. Todos são pontuados de um a quatro, com exceção da fricção e do cisalhamento, cuja pontuação varia de um a três. Os escores totais variam de seis a 23, sendo que os mais altos valores indicam um baixo risco de formação de UP, e os baixos escores indicam um alto risco para a ocorrência dessas lesões.

Sabendo da magnitude do problema das úlceras por pressão, tanto para o doente quanto para a família e instituição, é importante que os profissionais da área de saúde atuem no sentido de prevenir essas feridas. Como se sabe, um bom trabalho de prevenção pressupõe o conhecimento da etiologia e também da realidade na instituição. Assim, o presente estudo tem como objetivo caracterizar os pacientes internados no Hospital São Paulo portadores de úlcera por pressão.

*Correspondência

Rua Napoleão de Barros, 715 – 4º andar
CEP: 04024-002 – São Paulo – SP
Tel.: (11) 5576-4118

MÉTODOS

O Hospital São Paulo (HSP), localizado na zona sul do município de São Paulo, é um hospital geral de atenção terciária, que realiza procedimentos de alta complexidade para 21 bairros da zona sul e leste da capital e nove municípios da grande São Paulo¹³. Possui 755 leitos distribuídos em unidades de internação por especialidades.

Foram incluídos neste estudo todos os pacientes que estavam internados no HSP no período de 1 a 31 de maio de 2002 e que eram portadores de UP.

Durante o período de coleta de dados, foram avaliados todos os pacientes previamente indicados pelo enfermeiro da unidade de internação como portadores de UP. Além destes, todos os doentes que apresentavam mobilidade prejudicada também foram examinados, no sentido de serem detectadas pré-úlceras.

Os dados foram coletados utilizando um instrumento para conhecimento das características do portador de UP. Este foi aplicado por um único investigador e contém dados demográficos e clínicos, inspeção da pele e classificação das UPs e aplicação da Escala de Braden.

Foi aplicado o teste do qui quadrado de Pearson para verificar a relação de dependência entre duas variáveis dicotômicas, seguindo o princípio da comparação entre frequências observadas na amostra e frequências esperadas. Foi considerado significativo um p menor ou igual a 0,05 ou 5%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo / Hospital São Paulo, sendo considerada uma pesquisa sem riscos para os participantes do projeto.

RESULTADOS

No período de 31 dias, foram avaliados 78 pacientes portadores de UP. Na análise estatística, não foi obtido nenhum resultado significativo, sendo apresentados os dados de forma descritiva.

Dos portadores de UP, 45 (57,7%) são do sexo masculino. A média de idade foi de 64 anos, sendo 67,9 no sexo feminino e 60,4 anos no masculino. Há maior concentração desses pacientes na faixa dos 71 aos 80 anos com 30,8% (24), seguida pela faixa

Tabela 1 - Região corporal com úlcera por pressão e estágio da lesão

Região	Classificação				
	Pré úlcera	Grau II	Grau III	Grau IV	Sem úlcera
Sacral	24,4% (19)	38,5% (30)	11,5% (9)	12,8% (10)	12,8% (10)
Trocânter D	2,6% (2)	1,3% (1)	2,6% (2)	6,4% (5)	87,1% (68)
Trocânter E	2,6% (2)	3,8% (3)	2,6% (2)	6,4% (5)	84,6% (66)
Ísqüio D	-	-	-	2,6% (2)	97,4% (76)
Ísqüio E	1,3% (1)	-	-	2,6% (2)	96,1% (75)
Calcâneo D	6,4% (5)	5,1% (4)	1,3% (1)	-	87,2% (68)
Calcâneo E	6,4% (5)	9% (7)	1,3% (1)	-	83,3% (65)

etária de 61 a 70 anos com 24,4% (19). Os níveis de escolaridade variaram, sendo que seis (7,7%) pacientes nunca foram à escola, 33 (42,3%) possuíam o primeiro grau incompleto e 19 (24,4%), o primeiro grau completo. Aqueles que informaram ter nível superior incompleto representavam 5,1% (4) da amostra e três (3,8%) tinham superior completo. A maioria da amostra (78,2%) era constituída de brancos e 51,3% estavam casados.

Quanto à situação atual de trabalho, 36 (46,2%) eram aposentados, 20 (25,6%) tinham atividades somente em casa, sem vínculo empregatício, sendo todas do sexo feminino, e 22 (28,2%) atuavam em diversas profissões como pintor, comerciante, pedreiro e outras. O tempo médio de internação foi de 33 dias, variando de 1 a 198 dias, sendo que 56 (71,8%) tinham até 30 dias de internação, oito (10,2%) tinham de 31 a 60 dias e 14 (18%) estavam há mais de dois meses internados.

Dos 78 portadores de úlcera por pressão, expressiva maioria (68%) desenvolveu esta úlcera no hospital. Os outros 25 (32%), ao serem hospitalizados, já possuíam UP, sendo que 80% destes eram provenientes das próprias residências e cinco (20%) vieram de casas de repouso ou de outras clínicas.

Não foi detectada nenhuma úlcera por pressão nas unidades pediátricas, sendo que 33,4% encontravam-se em unidades clínicas, seguidas de perto pelas unidades de emergência (28,2%) e os restantes 38,4% se distribuíram igualmente nas unidades de terapia intensiva (19,2%) e cirúrgicas (19,2%).

Em relação aos antecedentes clínicos, 34 (43,6%) tinham diagnóstico de hipertensão arterial e 19 (24,4%) de *diabetes mellitus*. Doze (15,4%) pacientes tinham espasmos musculares. Quanto à incontinência urinária, estava presente em 25 (32,1%), enquanto

44 (56,4%) usavam sonda vesical de demora. A incontinência anal foi identificada em 61 pacientes (78,2%) da amostra.

As principais doenças que levaram à hospitalização foram as doenças neurológicas e neoplasias com 29,5% (23) cada, seguidas de problemas cirúrgicos, pois 17 pacientes (21,8%) encontravam-se em pós-operatório de cirurgias como laparotomia exploradora, cistectomia radical e outras, e oito (10,2%) tinham história de fraturas múltiplas. Dentre as doenças neurológicas, sete (9%) apresentavam acidente vascular cerebral, dez (12,9%) tinham lesão medular, três (3,8%) esclerose múltipla e três (3,8%) doença de Alzheimer. Dentre as medicações mais utilizadas por estes doentes, destacam-se os antibióticos (76,9%), os anti-hipertensivos (43,6%), os anticonvulsivantes (39,7%) e os sedativos (29,5%).

No que diz respeito a localização das UPs, a região sacral é a mais freqüente, estando presente em 87,2% da amostra estudada. Nesta região, todos os estágios foram encontrados, sendo 19 (24,4%) pré-úlcera, 30 (38,5%) grau II, nove (11,5%) grau III e dez (12,8%) grau IV. As outras regiões mais freqüentes foram a trocântérica, a isquiática e a região calcânea, apresentando úlceras nos diversos estágios (Tabela 1).

De acordo com a Escala de Braden, os itens atividade, mobilidade e fricção, apresentaram escore 1 em mais da metade dos pacientes. O escore 3 esteve presente na maioria dos itens nutrição 65,4% (51) e umidade 59% (46). Não houve nenhum paciente com escore 4 no item atividade e apenas 2,6% (2) no item mobilidade (Tabela 2). Metade dos pacientes internados possuía alto risco para formação de UP, enquanto 16 (20,5%) apresentaram risco moderado, 15 (19,3%) baixo risco e apenas oito (10,2%) não eram de risco.

Tabela 2 – Escores obtidos nos itens da Escala de Braden

Escala de Braden (Itens)	SCORE			
	1	2	3	4
Nutrição	3,8% (3)	12,8% (10)	65,4% (51)	18% (14)
Percepção sensorial	23,1% (18)	33,3% (26)	28,2% (22)	15,4% (12)
Umidade	5,1% (4)	14,1% (11)	59% (46)	21,8% (17)
Atividade	85,9% (67)	12,8% (10)	1,3% (1)	-
Mobilidade	55,1% (43)	20,5% (16)	21,8% (17)	2,6% (2)
Fricção e cisalhamento	62,9% (49)	33,3% (26)	3,8% (3)	

Tabela 3 – Dados demográficos e clínicos vs grau de risco para formação de UP (n=78)

Dados demográficos e clínicos		Grau de risco para UP			
		Alto risco	Risco moderado	Baixo risco	Total
Sexo	Feminino	21,8	6,4	14,1	42,3
	Masculino	28,2	14,1	15,4	57,7
Cor	Branco	34,6	19,2	24,4	78,2
	Não branco	15,4	1,3	5,2	21,8
Presença de UP na admissão	Não	35,9	12,8	19,2	67,9
	Sim	14,1	7,7	10,3	32,1
Alteração no sistema urinário	SVD*	33,3	10,3	12,8	56,4
	IU**	-	1,3	10,3	11,5
Incontinência anal	Não	16,7	9,0	6,4	32,1
	Sim	3,8	2,6	15,4	21,8
Espasmo Muscular	Não	46,2	17,9	14,1	78,2
	Sim	43,6	16,7	24,4	84,6
Hipertensão arterial	Não	6,4	3,8	5,1	15,4
	Sim	29,5	12,8	14,1	56,4
Diabetes Mellitus	Não	20,5	7,7	15,4	43,6
	Sim	38,5	16,7	20,5	75,6
	Sim	11,5	3,8	9,0	24,4

*Sonda vesical de demora

**Incontinência urinária

Na Tabela 3, os dados demográficos e clínicos estão correlacionados com o grau de risco para a formação da úlcera por pressão, sem diferença estatística entre os grupos.

DISCUSSÃO

O grande desenvolvimento na área celular nas últimas três décadas, tem levado os profissionais de saúde que atuam na prevenção e tratamento de feridas a uma revisão dos conhecimentos e procedimentos tradicionais, muitos dos quais empregados desde a Antiguidade e, acima de tudo, ao reconhecimento de que a lesão de pele é apenas um aspecto de um todo holístico, que é o ser humano. Esse motivo exige atuação interdisciplinar, através de intervenções integradas e sistematizadas, fundamentadas em um processo de tomada de

decisão, que almejem, como resultado final, a restauração tissular com o melhor nível estético e funcional¹⁴.

As úlceras por pressão (UPs) representam uma das principais complicações que acometem pacientes críticos hospitalizados. São considerados pacientes críticos aqueles que têm condições clínicas graves ou necessidade de controles mais frequentes e rigorosos, associados a terapias de maior complexidade, de caráter invasivo ou não. Como exemplos de pacientes críticos, estão aqueles submetidos a cirurgias cardíacas, doenças crônicas, os portadores de afecções neurológicas sérias ou traumas que tragam comprometimento da percepção sensorial e os submetidos a grandes procedimentos cirúrgicos que coloquem em risco as suas condições vitais¹⁵.

A úlcera por pressão prolonga a hospitalização, dificultando a recuperação do doente e aumentando o risco para o desenvolvimento de outras complicações como infecção ou osteomielite. Mas é por representarem um acréscimo no sofrimento físico e emocional desses pacientes, reduzindo a sua independência e funcionalidade na realização das atividades da vida diária, comprometendo qualquer processo reeducacional, que as úlceras por pressão merecem por parte da equipe multiprofissional toda a atenção, no sentido de prevenir o seu aparecimento ou favorecer o seu tratamento.

A "National Pressure Ulcer Advisory Panel" estima que, nos Estados Unidos, mais de 1 milhão de pessoas hospitalizadas desenvolvem UP por ano. Aproximadamente 60.000 pessoas morrem anualmente por complicações decorrentes dessas úlceras⁵.

O custo do tratamento da UP é estimado nos Estados Unidos em 2.000 a 25.000 dólares por indivíduo ao ano¹⁶.

Em nosso meio, não existem estudos que estimem os custos de um paciente portador de tais lesões, principalmente quando as adquiriram em ambiente hospitalar⁴.

A maioria dessas úlceras poderiam ser evitadas se houvesse maior conhecimento por parte dos profissionais de saúde a respeito das características principais dos pacientes que desenvolvem as UPs e das escalas de avaliação de risco, com a possibilidade de realizar prognósticos e, assim, preveni-las.

Segundo orientação estatística, a amostra deste estudo deveria conter no mínimo 30 pacientes. Considerando o número de leitos do HSP, provavelmente um mês seria o suficiente para avaliar 30 pacientes com UP. Foi escolhido um período logo após a aprovação do Comitê de Ética, sendo o mês de maio o mais adequado, por não ter feriados prolongados e nem ser período de férias.

A presença de UP em pacientes hospitalizados mostrou-se mais elevada entre os homens (57,7%) do que entre as mulheres (42,3%) deste estudo. Não foram encontrados dados na literatura que relacionem a presença de úlcera com o sexo.

Entre os indivíduos pesquisados, a cor da pele predominante foi a branca (78,2%). Segundo Maklebust et al.¹⁷, a estrutura da pele varia com a cor. Há semelhanças nas estruturas básicas e função de todos os tipos de pele, mas existem variações sutis. Uma dessas variações

é a estrutura do estrato córneo, que nos negros é mais compacto, conferindo à pele negra maior resistência às irritações químicas e caracterizando-se como barreira mais efetiva aos estímulos externos.

De acordo com a literatura¹⁷, fica evidente que a pele negra é mais resistente à agressão externa causada pela umidade e fricção, porém, é preciso considerar que também existe uma dificuldade em identificar as pré-úlceras em indivíduos da cor negra^{18,19,20}, o que pode ter contribuído para ser subestimado o número de úlceras por pressão nesta população.

A idade dos portadores de UP no grupo estudado variou de 15 a 92 anos, com média de 64 anos, sendo um pouco maior no sexo feminino (67,9 anos) em comparação com o masculino (60,4 anos). A faixa etária predominante foi de 61 a 80 anos (55,2%). Esses dados coincidem com os achados na literatura, que indicam maior incidência de feridas crônicas em pacientes na faixa etária acima de 60 anos^{21,22}.

Os resultados deste estudo apontam para uma população predominantemente idosa, pois 66,7% estavam nas faixas etárias a partir de 61 anos e, como consequência, com maior suscetibilidade ao desenvolvimento de lesões de pele devido às características causadas pelo envelhecimento da pele.

Como se sabe, com o avanço da idade, numerosas mudanças são observadas na pele, entre elas a diminuição da camada dérmica, da sua vascularização, da proliferação epidérmica e de suas propriedades como a percepção da dor, a resposta inflamatória e a função de barreira, tornando-a mais vulnerável à injúria. Estas mudanças ocorrem lenta e progressivamente e são mais facilmente observáveis nos indivíduos após os 60 anos²³.

Pesquisas demonstram o comprometimento progressivo da atividade celular na terceira idade, especialmente dos fibroblastos, o que afeta diretamente a produção de colágeno local, principal proteína responsável pela formação da estrutura e força tensil tegumentar. Verifica-se, por fim, um aumento da probabilidade de doenças crônicas, muitas das quais tornam as pessoas mais suscetíveis a desenvolver úlceras por pressão^{9,14,23}.

O presente estudo permitiu constatar média de tempo de internação de 33 dias, variando de 1 a 198 dias, sendo que 28,2% estavam hospitalizados por mais de um mês. Pesquisa realizada por Winkler²⁴ demonstrou

que 7,7% dos pacientes acamados em hospitais podem desenvolver úlcera por pressão em uma semana. Nesse mesmo estudo, este autor relata incidência de 24% em unidades geriátricas ou ortopédicas durante períodos de internação de até três semanas.

Por outro lado, a presença da úlcera por pressão pode vir a prolongar o tempo de internação, devido a suas particularidades no tratamento.

Foi possível verificar que dos 78 portadores de úlcera por pressão, 68% desenvolveram a lesão no hospital. Em estudo realizado em um centro de reabilitação em São Paulo com lesados medulares encaminhados de diversas instituições, dos 55 pacientes avaliados, 50,9% tinham UP e desses, 67,8% adquiriram a úlcera durante a fase de hospitalização²⁵. Esses dados são praticamente iguais aos encontrados no presente estudo, revelando altos índices de formação dessas lesões durante a fase de internação.

Esse resultado é de suma importância, mostrando a necessidade de serem implementadas campanhas preventivas durante a hospitalização dos pacientes de risco, com base em estudos epidemiológicos dos grupos envolvidos com úlceras por pressão, especialmente quanto a faixa etária atingida, fatores de risco, tempo de permanência no hospital e desenvolvimento de seqüelas.

Dos 25 pacientes que foram internados e já tinham úlcera, 20 vieram de suas residências, evidenciando um despreparo familiar no cuidado profilático dessas lesões em pacientes acamados, sendo importante uma sistematização de orientação aos familiares na alta hospitalar e acompanhamento ambulatorial.

Ao analisar os resultados em função das unidades de internação, percebeu-se que não foi detectada UP nas unidades pediátricas no período da coleta de dados, não sendo encontrados, na literatura revisada, trabalhos sobre úlcera por pressão em crianças.

Na prática, é observado um pequeno número de crianças que desenvolvem essas úlceras, pois são prevenidas com muita facilidade, levando em conta o menor peso e estatura. Conseqüentemente, a mudança de decúbito é realizada com mais freqüência, tendo menor ação da pressão e cisalhamento sobre as proeminências ósseas. Outro ponto fundamental é a participação ativa dos cuidadores dessas crianças durante a hospitalização, sendo normalmente os pais.

Nas demais unidades havia pacientes com características de risco para a formação de UP, como a idade elevada, portadores de doenças crônicas, imobilidade e incontinência.

As unidades de terapia intensiva apresentaram 19,2% do total de pacientes com UP no hospital. Segundo Bours et al.²⁶, a incidência de UP em UTI varia de 1% a 43%.

Os pacientes internados em UTI têm geralmente alto risco para desenvolver UPs. Esses pacientes normalmente não reagem à pressão excessiva, devido à diminuição da percepção sensorial causada por sedativos, analgésicos e relaxantes musculares²⁶. O mesmo acontece nas unidades de emergência do Hospital São Paulo, nas quais, com freqüência, são admitidos pacientes graves e com alta complexidade no tratamento.

As doenças preexistentes predominantes foram a hipertensão arterial sistêmica (43,6%), o *diabetes mellitus* (24,4%) e o espasmo muscular (15,4%). Este último resulta em aumento do atrito entre a pele e a superfície da cama ou cadeira.

Outro fator importante na gênese das UPs é a exposição da pele à umidade excessiva, provocada pela incontinência urinária, anal e perspiração^{5,27,28,29}. A umidade macera e enfraquece as camadas superficiais da pele, tornando-a mais vulnerável às lesões, principalmente quando associada à fricção e ao cisalhamento. No presente estudo, 32,1% dos pacientes apresentavam incontinência urinária e 78,2% incontinência anal, observando-se que 46,2% eram classificados como alto risco, caracterizando uma amostra com risco aumentado para o desenvolvimento de UP.

Entretanto, observou-se que 56,4% estavam em uso de sonda vesical de demora, reduzindo a possibilidade, nesses pacientes, da presença de umidade excessiva na pele causada pela incontinência urinária.

Entre os indivíduos pesquisados, as causas da hospitalização foram diversas, sendo 29,5% por doenças neurológicas (acidente vascular cerebral, lesão medular, esclerose múltipla e doença de Alzheimer) e 10,2% por fraturas múltiplas, levando à redução da mobilidade e atividade do paciente, fatores muito importantes na gênese da UP.

As neoplasias em estágio avançado, representavam o motivo da hospitalização em 29,5% da amostra estudada, caracterizando pacientes fora de possibilidades terapêuticas e com vários

fatores de risco como emagrecimento, diminuição da atividade e da percepção sensorial, entre outros. Os pacientes que estavam no período pós-operatório de cirurgias complexas, como laparotomia exploradora e cistectomia radical, constituíram 21,8% da amostra. Como se sabe, pacientes submetidos a cirurgias de grande porte, nas quais a posição supina é requerida, podem desenvolver mais facilmente úlceras, principalmente sacral e calcânea³⁰.

Dentre as medicações mais utilizadas, 60 (76,9%) faziam uso de antibióticos, 34 (43,6%) de anti-hipertensivos, 31 (39,7%) de anticonvulsivantes e 23 (29,5%) de sedativos.

Quanto aos medicamentos utilizados, autores referem que principalmente aqueles de uso contínuo, embora necessários, podem contribuir para o desenvolvimento de UP. Os sedativos e analgésicos, por exemplo, reduzem a sensação de dor, mas prejudicam a mobilidade. Os agentes hipotensores, por outro lado, podem afetar o fluxo sanguíneo, reduzindo a perfusão dos tecidos e tornando-os mais suscetíveis à pressão^{15,20}.

Quanto à localização das UPs, houve domínio nas regiões sacral, trocantérica, isquiática e calcânea bilateral, sendo locais de apoio quando o paciente assume o decúbito dorsal, lateral ou a posição sentada.

Em relação ao estadiamento das úlceras por pressão, 34 (43,7%) do total eram pré-úlceras. Muitas dessas lesões foram detectadas durante a avaliação da pele dos pacientes que tinham a mobilidade prejudicada. Esta inspeção foi realizada pois as pré-úlceras poderiam não ser consideradas como sendo úlcera por pressão por alguns enfermeiros, devido à ausência de lesão de pele.

Muitas vezes, as pré-úlceras não são identificadas e, segundo Rogenski²⁰, em estudo no qual detectou 51,85% de pacientes com pré-úlceras, provavelmente isso se deve à dificuldade dos profissionais de saúde em distinguirem entre a resposta fisiológica normal da pele à interface da superfície externa e a proeminência óssea, isto é, o eritema reativo, daquele não reativo, que já constitui a pré-úlcera e poderá evoluir para os estágios posteriores caso não seja afastado o estímulo causal.

De acordo com a Escala de Braden, na pontuação total, 50% da amostra foi classificada como alto risco, 21% risco moderado e 19% baixo risco. Apenas 10% não apresentava risco no momento, porém, quando a úlcera foi formada,

estes pacientes estavam passando por uma fase aguda da hospitalização em que permaneceram acamados por um tempo prolongado.

De modo geral, a amostra desta pesquisa apresentou escores baixos em todos os itens da Escala de Braden, ressaltando que, nos itens atividade, mobilidade e fricção, a pontuação foi baixa em mais de 50% dos pacientes.

Os resultados obtidos com a aplicação da Escala de Braden permitem afirmar que esta escala é um instrumento que deveria ser utilizado em todos os pacientes acamados durante a hospitalização para prever o risco de formação de UP, possibilitando intervenções profiláticas o mais precoce possível.

O presente estudo, embora não tenha obtido resultados significantes na análise estatística, ressalta os principais fatores que contribuem para a formação dessas lesões.

Conhecendo as características que permeiam o desenvolvimento de UP, os profissionais de saúde devem estar preparados para atender os pacientes de risco. Infelizmente, na prática, alguns fatores dificultam um melhor atendimento a esses pacientes. Dentre esses, a falta de uniformização do conhecimento em relação à prevenção, a deficiência de material apropriado para auxiliar no alívio da pressão, como colchão piramidal, protetor de calcâneo, almofadas e filmes adesivos que ajudam a manter a integridade da pele. Outro ponto importante é o número reduzido de funcionários, principalmente durante os plantões noturnos, e a sobrecarga de serviço, o que dificulta a realização da mudança de decúbito a cada duas horas, em algumas unidades. Este estudo permitiu perceber que a prevenção de úlcera por pressão ainda não é uma prioridade por parte das equipes médicas e de enfermagem, no entanto, começa a haver o interesse desses profissionais pelo assunto, o que, provavelmente, facilitará a implementação de campanhas de prevenção nos hospitais.

É importante que essas campanhas sejam alicerçadas em alguns pontos fundamentais, entre os quais, elaborar propostas de prevenção e divulgá-las amplamente aos profissionais da área de saúde; utilizar escalas de avaliação de risco; aquisição pela instituição de dispositivos aliviadores de pressão e trabalho em equipe multiprofissional e multidisciplinar, incluindo médicos, profissionais de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas e assistentes sociais.

CONCLUSÕES

Os dados do presente estudo demonstram uma amostra com risco elevado para desenvolver UP. Dentre os fatores mais frequentes, destacam-se a idade elevada, longo período de internação, imobilidade, incontinência urinária e anal, sendo necessário adotar medidas adequadas para preveni-las, principalmente durante o período de hospitalização.

AGRADECIMENTO

À Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio na realização deste estudo.

Conflito de interesse: não há.

SUMMARY

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGIC EVALUATION OF PRESSURE ULCERS IN PATIENTS AT THE HOSPITAL SÃO PAULO

BACKGROUND. To determine the profile of patients at the Hospital São Paulo with pressure ulcers (PU).

METHODS. A prospective study was carried out. Seventy-eight patients with pressure ulcers were evaluated between May 1st and 31st of 2002. The questionnaire consisted of demographic and clinical data of the population, PU classification and Braden Scale.

RESULTS. Concerning 78 patients with PU: 66.7% were over 61 years old (average: 64). The average period of hospitalization was 33 days. 68% (53) developed ulcers while hospitalized, of which 43.7% (34) were pre-ulcers. The most frequent causes of hospitalization were neurological diseases (29.5%) and cancer (29.5%). Regarding the classification of the pressure ulcers, all stages were found on the sacrum, being 24.4% (19) pre-ulcer, 38.5% (30) stage II, 11.5% (9) stage III and 12.8% (10) at stage IV. According to the Braden Scale, half of the patients hospitalized showed severe risk of PU development, while 20.5% (16) showed moderate risk and 19.3% (15) showed low risk.

CONCLUSIONS. The study showed a high risk of PU development, indicating the importance of having knowledge about the main characteristics of the hospitalized patients who may develop pressure ulcers, and, thus, preventing them. [Rev Assoc Med Bras 2004; 50(2): 182-7]

KEY WORDS: Pressure ulcer. Population characteristics. Hospitalization. Epidemiology.

REFERÊNCIAS

1. Santos LLR, Ferreira LM, Sabino Neto MS. Úlcera por pressão. In: Ferreira LM. Manual de Cirurgia Plástica. São Paulo: Atheneu; 1995. p.214-7.
2. Ferreira LM, Calil JA. Etiopatogenia e tratamento das úlceras por pressão. *Diagn Tratamento* 2001; 6:36-40.
3. Frisoli Jr A, Haddad A, Neto JT, Ferreira LM. Úlcera por pressão. *Gerontologia* 1995; 3:193-200.
4. Shea JD. Pressure sores. Classification and management. *Clin Orthop* 1975; 112:89-100.
5. Bryant RA, Shannon ML, Pieper B, Braden BJ, Morris DJ. Pressure ulcers. In: Bryant RA. Acute and chronic wounds - nursing management. Missouri: Mosby; 1992. p.105-63.
6. Barbenel JC, Jordan MM, Nicol SM, Clark MO. Incidence of pressure-sores in the Greater Glasgow Health Board area. *Lancet* 1977; 1(8037):548-50.
7. Bergstrom N, Braden BJ, Kemp M, Champagne M, Ruby E. Multi-site of incidence of pressure ulcers and the relationship between risk level, demographic characteristics, diagnoses, and prescription of preventive interventions. *J Am Geriatr Soc* 1996; 44:22-30.
8. Manley MT. Incidence, contributory factors and costs of pressure sores. *S Afr Med J* 1978; 53:217-22.
9. Dealey C. Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras. São Paulo: Atheneu; 1992. p.83-126.
10. Allman RM. Pressure ulcers among the elderly. *N Engl J Med* 1989; 13:850-3.
11. Pinchcofsky-Devin GD, Kaminski MV. Correlation of pressure sores and nutritional status. *J Am Geriatr Soc* 1986; 34:435-40.
12. Bergstrom N, Braden BJ, Laguzza A, Holman V. The Braden Scale for predicting pressure sore risk. *Nurs Res* 1987; 36:205-10.
13. Saúde Paulista. Publicação do complexo UNIFESP/SPDM. Assistência de qualidade para a população. São Paulo; 2001. p.15-7.
14. Santos VLCCG. Avanços tecnológicos no tratamento de feridas e algumas aplicações em domicílio. In: Duarte YAO, Diogo MJD. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. p.265-306.
15. Fernandes LM, Caliri MHL. Úlcera de pressão em pacientes críticos hospitalizados - uma revisão integrativa de literatura. *Rev Paul Enfermagem* 2000; 19:25-31.
16. AHCPH - Agency for Health Care Policy and Research. Pressure ulcers in adults: prediction and prevention -U.S. Clinical practice Guideline Nº3. Department of Health and Human Services; 1992. (Publication nº.92-0047).
17. Maklebust J, Sieggreen M. Pressure ulcers guidelines for prevention and nurse management. 2nd ed. Spring: Pennsylvania House; 1996. p.97-8.
18. Bergstrom N, Braden BJ. Pressure ulcer treatment. Clinical practice guideline. Quick reference guide for clinicians, n.15. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services. Publication; 1994. (nº. 95-0653).
19. Paranhos WY, Santos VLCCG Avaliação do risco para úlceras de pressão por meio da Escala de Braden na língua portuguesa. *Rev Esc Enfermagem USP* 1999; 33:191-206.
20. Rogenski NMB. Estudo sobre a prevalência e a incidência de úlceras de pressão em um hospital universitário [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.
21. Zink M, Rousseau P, Holloway GA. Lowe extremity ulcers. In: Bryant RA. Acute and chronic wounds - nursing management. Missouri: Mosby; 1992. p.64-212.
22. Gonçalves MTF. A úlcera por pressão e o idoso. *Nursing* 1996; 9:13-7.
23. Mulder GD. Factors complicating wound repair. In: Kloth LC, McCulloch JM, Freedard JA. Wound healing alternatives in management. Philadelphia: F.A. Davis Company; 1990. p.43-52.
24. Winkler J. The Management of the pressure ulcer population in an extended care setting. In: Krasner D. Chronic wound care: a clinical source book for healthcare professionals. Pennsylvania: Health Management Publication; 1990. p.170-5.
25. Oliveira APF. Perfil do paciente com lesão medular atendido em um centro de reabilitação no setor de enfermagem no município de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2001.
26. Bours GJJ, De Laat E, Halfens RJG, Lubbers M. Prevalence, risk factors and prevention of pressure ulcers in Dutch intensive care units. *Intensive Care Med*. 2001; 27:1599-605.
27. Braden BJ. Risk assessment in pressure ulcer prevention. In: Krasner D, Kane D. Chronic wound care: health management publication; 1997.p.29-36.
28. Cooney LM. Pressure sores and urinary incontinence. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45:1278-9.
29. Xakellis G, Frantz RA, Arteaga M, Nguyen M, Lewis A. A comparison of patient risk for pressure ulcer development with nursing use of preventive interventions. *J Am Geriatr Soc* 1992; 40:1250-4.
30. Theaker C, Mannan M, Ives N, Soni N. Risk factors for pressure sores in the critically ill. *Anaesthesia* 2000; 55:221-4.

Artigo recebido: 05/05/03
Aceito para publicação: 17/09/03
