






DESARROLLO DE LESIONES POR PRESIÓN Y COMPLEJIDAD ASISTENCIAL EN PACIENTES DE UN SERVICIO DE EMERGENCIA

Luzia Célia Batista Soares¹ 
Drieli Oliveira Silva¹ 
Juliana Xavier Pinheiro da Cunha¹ 
Patrícia da Silva Pires¹ 
Luiz Gustavo Vieira Cardoso¹ 

RESUMEN

Objetivo: evaluar el desarrollo de lesiones por presión y su asociación con la complejidad asistencial en pacientes atendidos en un servicio de emergencia. Método: estudio de cohorte prospectivo y observacional realizado entre agosto y octubre de 2020 con pacientes atendidos en la unidad de emergencias de un hospital público del sudoeste de Bahía, Brasil. Para recolectar los datos se utilizó un instrumento propio, la escala Braden y el Instrumento de Clasificación de Perroca. Los datos se analizaron por medio de análisis descriptivo y de la prueba chi-cuadrado de Pearson. Resultados: la muestra estuvo conformada por 225 pacientes. La incidencia de lesiones por presión fue del 9,3% y afectó principalmente a mujeres (61,9%), en los niveles de cuidados intermedios (57,1%) y semi-intensivos (42,9%). Se registró una asociación entre la complejidad asistencial y el desarrollo de lesiones por presión ($p < 0,001$). Conclusión: se destaca la importancia de evaluar la complejidad asistencial de los pacientes atendidos en los servicios de emergencia para proporcionar una atención segura y reducir la cantidad de eventos adversos.

DESCRIPTORES: Lesiones por Presión; Enfermería en Emergencias; Seguridad del Paciente; Evaluación en Enfermería; Atención de Enfermería.

CÓMO REFERIRSE A ESTE ARTÍCULO:

Soares LCB, Silva DO, Cunha JXP da, Pires P da S, Cardoso LGV. Desarrollo de lesiones por presión y complejidad asistencial en pacientes de un servicio de emergencia. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2022. [acceso en "insertar fecha de acceso, día, mes y año abreviado"]; 27. Disponible: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.88124>

INTRODUCCIÓN

Las lesiones por presión (LPP) son consideradas eventos adversos relacionados con la atención de la salud y representan un significativo problema de salud a nivel global, con elevados costos hospitalarios, extensión de las internaciones en el tiempo y aumento de la morbimortalidad, además del impacto emocional y del sufrimiento del paciente, percibidos como costos intangibles¹.

Una LPP puede definirse como daño localizado en la piel y/o en los tejidos blandos subyacentes, como resultado de presión intensa y/o prolongada junto con cizallamiento o relacionada con un dispositivo médico o de otro tipo, generalmente localizada sobre una prominencia ósea. Las lesiones pueden clasificarse en grado uno, dos, tres, cuatro o no clasificable según el nivel de daño en los tejidos, que pueden presentarse como piel intacta o úlcera abierta².

La incidencia de LPP presenta gran variabilidad en las unidades de salud en general y, especialmente en los servicios de emergencia, los estudios indican una tendencia en ascenso³⁻⁴. El volumen y la complejidad de la asistencia provista en estas unidades se incrementan proporcionalmente con la escalada de la violencia urbana en el país y el envejecimiento de la población⁵.

Diversos son los factores agravantes para el desarrollo de LPP en los pacientes que ingresan a los servicios de emergencia; se pueden mencionar factores extrínsecos, como sobrepoblación en los servicios, que aumenta el tiempo de espera para ser atendidos y derivados, falta de camas, contacto directo y prolongado con superficies rígidas como camillas, planchas, férulas y collares cervicales, y factores intrínsecos, como ser edad avanzada, comorbilidades previas y complejidad clínica del paciente³.

La alta demanda de pacientes, la disminución de la inversión en recursos humanos, la consecuente sobrecarga del equipo⁶ y el enfoque en estabilizar el cuadro clínico derivan en que las prácticas de Enfermería como la evaluación del riesgo para desarrollar LPP sean aplazadas o dirigidas exclusivamente al grupo de alto riesgo⁷⁻⁸.

Ante la complejidad asistencial que afronta diariamente el equipo de Enfermería en los servicios médicos de urgencia (SMU), se destaca la importancia de la clasificación del grado de dependencia de los pacientes para sustentar un adecuado dimensionamiento del equipo, brindando así atención individualizada y minimizando o previniendo perjuicios derivados de la atención⁹.

Desde esta perspectiva, el Consejo Federal de Enfermería (COFEN) establece parámetros oficiales para dimensionar el personal de Enfermería por medio del Sistema de Clasificación del Paciente (SCP). Entre los instrumentos referenciados para este propósito se destaca la herramienta de clasificación propuesta por Perroca¹⁰.

El Instrumento de Clasificación de Perroca (ICP) recurre a una escala que evalúa nueve áreas puntuadas de uno a cuatro. Se puntúa cada área y se la suma a las demás, y sus resultados señalan la intensidad creciente de la complejidad asistencial, estableciendo los intervalos de puntuación establecidos de la siguiente manera: cuidados mínimos (8-11 puntos); cuidados intermedios (12-18 puntos); cuidados semi-intensivos (19-25 puntos); y cuidados intensivos (26-32 puntos)¹¹.

Los pacientes pueden presentar diferentes grados de complejidad de asistencia en una misma unidad de internación. En este sentido, la clasificación de los pacientes y la posterior identificación del perfil asistencial se presentan como una estrategia fundamental para asignar recursos y dimensionar el personal y estrategias dirigidas a lograr una planificación asistencial más adecuada y, consecuentemente, una reducción en la cantidad de eventos adversos, como las LPP⁹.

El objetivo de estudio es evaluar el desarrollo de lesiones por presión y su asociación con la complejidad asistencial en pacientes atendidos en un servicio de emergencia.

MÉTODO

Se trata de un estudio de cohorte prospectiva, de carácter observacional y abordaje cuantitativo realizado en una Unidad de Emergencia de un hospital público del sudoeste de Bahía, Brasil, considerado como referencia macro-regional para alta y mediana complejidad, actualmente referencia para casos de COVID-19 y que asiste exclusivamente casos derivados por la regulación sanitaria estatal.

El estudio se realizó en las alas para mujeres y hombres, que reciben diariamente a pacientes que ingresan al servicio de emergencia del hospital para realizar tratamientos de distintas etiologías y que permanecieron en seguimiento en estos sectores, esperando derivación a unidades de internación o a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), pudiendo tener otros desenlaces como alta o fallecimiento.

Los datos se recolectaron durante 60 días consecutivos entre agosto y octubre de 2020. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: no presentar LPP al momento de la internación en las unidades en estudio y tener al menos 18 años de edad. Se excluyó a los pacientes que fueron dados de alta de las unidades antes de transcurridas 48 horas de haber sido incluidos en el trabajo de investigación.

El instrumento utilizado para recolectar los datos se adaptó de estudios anteriores¹²⁻¹³ y se compone de dos etapas: la primera, que debe aplicarse en las primeras 24 horas de la internación del paciente en las unidades, abarca datos sociodemográficos, características clínicas, el Instrumento de Clasificación de Perroca (ICP) y la escala Braden, adaptada a Brasil por Paranhos y Santos en 1999¹⁴.

La segunda etapa se trata de las re-evaluaciones subsiguientes realizadas cada 48 horas con aplicación de las escalas Braden e ICP, observación de la adopción de medidas propuestas para prevenir LPP, tales como cambio de posición, soportes de apoyo, mantener las sábanas estiradas y la piel hidratada e higienizada e inspección de la piel; donde, en presencia de LPP, se recolectan datos como estadio y localización anatómica de la lesión. El instrumento fue evaluado por tres enfermeras con experiencia en el servicio de emergencia y se lo sometió a una prueba previa para verificar su aplicabilidad.

Los datos se incorporaron a una planilla electrónica de *Microsoft Excel 2010*®. Las variables dicotómicas se codificaron como "uno-sí" y "dos-no", y las demás se categorizaron con números arábigos. Posteriormente, a fin de analizar los datos se los transfirió al programa de *software Statistical Package for the Social Sciences*® (SPSS), versión 23 para *Windows*®. Toda la información sociodemográfica y las características clínicas se sometieron a un análisis estadístico descriptivo.

El análisis de la asociación entre el desarrollo de LPP y la complejidad asistencial se verificó por medio de la prueba chi-cuadrado de Pearson, adoptando valor $p < 0,05$ y un intervalo de confianza del 95%. Se recategorizaron el estadio y la cantidad de lesiones desarrolladas y, agrupando los grados uno y dos y los grados tres y cuatro, la cantidad de lesiones se recategorizó en solo una lesión y en dos o más lesiones.

El estudio fue presentado al Comité de Ética en Investigación (*Comitê de Ética em Pesquisa*, CEP) de la Universidad Federal da Bahía (CEP-IMS-CAT-UFBA), siendo aprobado con número de opinión 4.122.093.

RESULTADOS

La muestra estuvo compuesta por 225 pacientes entre los que predominó el sexo masculino con 147 (65,3%), raza/color de piel pardo con 144 (64%) y el grupo etario de más de 60 años con 116 (51,5%). Entre ellos, 136 (60,4%) eran hipertensos, 64 (28,4%) eran diabéticos y 144 (64%) tomaban algún medicamento en forma continua. Los principales diagnósticos médicos correspondieron a enfermedades del sistema circulatorio 76 (36,8%) y a causas externas 31 (13,8%). La mayoría 139 (61,8%) tenía movilidad física comprometida y 114 (50,7%) utilizaban pañales. En relación con la clasificación de riesgo conforme a la escala Braden, 95 (42,2%) eran de bajo riesgo, 74 (32,9%) de riesgo moderado, 51 (22,2%) de riesgo elevado y 5 (2,2%) no presentaban riesgo. El desenlace principal fue el alta hospitalaria con 117 (52%), seguida de derivación con 97 (43,1%) y fallecimiento con 11 (4,95%).

La incidencia de LPP en este estudio fue del 9,3%. Los datos referentes a los pacientes que desarrollaron LPP demuestran que la incidencia fue mayor entre las mujeres 13 (61,9%), de al menos 80 años de edad 10 (47,6%), con movilidad física comprometida 19 (90,48%), y que usaban pañales 20 (95,2%). En relación con la escala Braden, el nivel de riesgo elevado fue el más observado con 15 (71,43%) casos, y el desenlace principal fue la derivación a otra unidad 16 (76,2) (Tabla 1).

Tabla 1- Caracterización de los pacientes que desarrollaron lesiones por presión en el servicio de emergencia del Hospital General de Vitória da Conquista, Bahía, Brasil, 2020

Variables	n	%
Sexo		
Masculino	8	38,1
Femenino	13	61,9
Edad		
Menores de 60 años	5	23,8
60-79 años	6	28,6
80 años o más	10	47,6
Raza/Color de piel		
Blanca	3	14,3
Negra	4	19
Parda	14	66,7
Hipertensión Arterial Sistémica		
Sí	15	71,4
No	6	28,6
Diabetes Mellitus		
Sí	6	28,6
No	15	71,4
Clasificación diagnóstica		
Enfermedades del sistema circulatorio	8	38,1

Enfermedades del sistema digestivo	5	23,8
*Otros diagnósticos	8	38,1
Uso de pañales		
Sí	20	95,2
No	1	4,8
Movilidad física comprometida		
Sí	19	90,48
No	2	9,52
Dificultad para comunicarse		
Sí	10	47,6
No	11	52,4
Tomar medicamentos en forma continua		
Sí	16	76,2
No	5	23,8
Escala Braden		
Bajo riesgo	1	4,76
Riesgo moderado	5	23,81
Riesgo elevado	15	71,43
Desenlace		
Derivación	16	76,2
Alta	4	19
Fallecimiento	1	4,8

*Causas externas de morbimortalidad; Enfermedades del sistema genitourinario; Enfermedades del sistema respiratorio; Neoplasias; Enfermedades del sistema musculoesquelético.

Fuente: Los autores (2020).

En lo que se refiere a la complejidad asistencial, evaluada por el Instrumento de Clasificación de Perroca, se clasificó a 75 (33,3%) pacientes como en cuidados mínimos, a 126 (56%) como en cuidados intermedios y a 24 (10,7%) como en cuidados semi-intensivos, sin registros de pacientes en cuidados intensivos al momento de las evaluaciones. La distribución de la incidencia de LPP conforme al ICP correspondió a 12 (57,1%) en cuidados intermedios y nueve (42,9%) en cuidados semi-intensivos, registrándose una asociación entre complejidad asistencial e incidencia de LPP con valor de $p < 0,001$.

Entre los 21 pacientes que desarrollaron LPP se contabilizaron 30 lesiones por presión: 10 (33,4%) en el calcáneo y 9 (30%) en la región sacra. La mayoría de las lesiones se clasificó como grados I y II 19 (63,3%).

No se registró ninguna asociación entre la cantidad de LPP y el estadio de las lesiones o la complejidad asistencial de los pacientes (Tabla 2).

Tabla 2- Asociación entre cantidad de LPP, estadio y complejidad asistencial en el servicio de emergencia del Hospital General de Vitória da Conquista, Bahía, Brasil, 2020

Variable	CIn n (%)	CSI n (%)	Total	p
Cantidad de LPP por paciente				0,604
Una lesión	8 (66,7)	4 (33,3)	12 (57,1)	
Dos o más lesiones	5 (55,6)	4 (44,4)	9 (42,9)	
Estadio de la lesión				0,055
Grados 1 y 2	12 (63,2)	7 (36,8)	19 (57,1)	
Grado 3 y no clasificable	-	2 (100)	2 (42,9)	

Referencia: CIn-Cuidados Intermedios; CSI-Cuidados Semi-Intensivos

Fuente: Los autores (2020).

DISCUSIÓN

La incidencia de LPP que se encontró en este trabajo de investigación fue inferior a la de los valores detectados en unidades de atención crítica y de clínica médica de la misma institución, donde se identificaron valores de prevalencia del 47% y 24% respectivamente¹²⁻¹³. En contrapartida, el resultado encontrado fue superior al de un estudio realizado en el departamento de emergencias de un hospital francés, con una incidencia del 4,9%⁴.

Los estudios que analizan la incidencia de LPP en los servicios de emergencia todavía son incipientes, como así también los que abordan la relación entre la incidencia de dichas lesiones y la complejidad asistencial, medida por medio de instrumentos de clasificación. Cabe destacar la importancia de fomentar estudios que traten la temática enfocándose en la prevención temprana y en la seguridad del paciente en forma general¹⁵.

Las LPP se destacan entre los indicadores de la calidad de la asistencia provista al paciente, y su incidencia está íntimamente relacionada con la atención de Enfermería. Estas lesiones imponen diversas consecuencias negativas para la persona, las instituciones y la sociedad en general. Su desarrollo deriva en sufrimiento físico y psicológico en los pacientes, además de prolongar la internación, empeorar el cuadro clínico e incluso resultar en la muerte¹⁵.

La predominancia del sexo masculino entre los participantes de la investigación puede explicarse por la escasa búsqueda de servicios de prevención por parte de los hombres, lo que genera complicaciones futuras como accidentes cerebrovasculares (ACV)¹⁶, como también por ser el público con mayor participación de causas externas como accidentes de tráfico y agresiones¹⁷, unido al hecho de que la unidad hospitalaria investigada es referencia en la atención de traumatismos.

A pesar de no ser mayoría en la muestra, las mujeres fueron las más afectadas por el desarrollo de LPP. Diversos estudios demuestran que la expectativa de vida del sexo femenino es superior a la de los hombres, lo que las convierte en un grupo poblacional con significativa presencia en las unidades hospitalarias. Este perfil está constituido principalmente por mujeres mayores de 80 años, con incremento gradual de la discapacidad funcional, que acaba por dificultar el autocuidado, exigiendo mayor atención de la familia y de los profesionales de la salud¹⁸⁻¹⁹.

El predominio de ancianos en la muestra y, principalmente, entre los pacientes que desarrollaron LPP, puede justificarse por el crecimiento de la población de edad avanzada y, consecuentemente, por cambios en el perfil de salud con un aumento en la cantidad de

enfermedades crónicas degenerativas de baja letalidad pero altamente discapacitantes⁴ que, asociadas al estado nutricional, a las comorbilidades previas, a la fragilidad de los capilares y al déficit cognitivo, contribuyen al desarrollo de LPP en el ambiente hospitalario²⁰.

Las enfermedades del sistema circulatorio fueron los diagnósticos médicos más frecuentes, lo que se condice con una mayor dependencia de los pacientes con relación al equipo de Enfermería, con énfasis en las enfermedades cerebrovasculares¹⁹. El déficit neurológico puede afectar la percepción sensorial, la disminución de la movilidad física y el control de esfínteres, además de pérdida de sensibilidad en las superficies corporales que, asociada a humedad, fricción y presión, promueve el desarrollo de lesiones²¹.

Un significativo porcentaje de los pacientes indicó ser hipertenso y, en menor proporción diabético; dichas comorbilidades contribuyen al aumento del riesgo cardiovascular, además de favorecer el uso de medicamentos en forma continua. La Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) favorece una reducción en la resistencia de los vasos sanguíneos, el torrente sanguíneo y la tonicidad vascular. Lo anterior conduce a una disminución en la circulación sanguínea y en la oxigenación de los tejidos; además, la Diabetes Mellitus (DM) ocasiona muerte celular por falta de glucosa, reduciendo así la sensibilidad y facilitando la formación de LPP²¹.

Los principales sitios en los que se produjeron lesiones fueron el calcáneo y la región sacra, con estadios uno y dos, resultados que son similares a los de otros estudios que trataron la misma temática^{4,22}. La localización de la lesión puede estar asociada con mayor permanencia del paciente en la posición decúbito dorsal y con la elevación de la cabecera de la cama, concentrando más presión en la región sacra y en los talones^{4,20,23}. A su vez, el estadio puede estar asociado con la identificación inicial de la lesión y con la adopción de medidas protectoras y curativas, evitando así su agravamiento, como así también al menor tiempo de permanencia en las unidades de emergencia en comparación con sectores como clínicas y unidades de terapia intensiva.

En relación con la complejidad asistencial, los pacientes que desarrollaron lesiones fueron clasificados como Cuidados intermedios y Cuidados semi-intensivos, demostrando una asociación entre el nivel de atención y la incidencia de LPP. Los pacientes en situaciones más graves poseen un riesgo significativamente mayor de desarrollar LPP debido a un complejo proceso de interacción entre factores intrínsecos y extrínsecos relacionados a sus patologías clínicas²³.

No se registró ninguna asociación entre la cantidad y el estadio de las lesiones y la complejidad asistencial, aunque vale resaltar que el equipo de Enfermería debe evaluar el riesgo de desarrollo de LPP sistemáticamente, instituir medidas preventivas tempranamente y, en caso de presentarse una lesión, tratar de minimizar su deterioro y las complicaciones derivadas de la misma.

El grado de dependencia y el tiempo estimado de cada procedimiento se presentan como importantes indicadores de gestión de la atención y recursos humanos, ya que la sobrepoblación en los servicios de emergencia y la cantidad insuficiente de profesionales interfieren en la gestión del cuidado y en la calidad de la atención, aumentando así los riesgos de eventos adversos potencialmente evitables, como las LPP⁹.

A pesar de no ser la principal escala que se evaluó en este estudio, la escala Braden demostró ser una herramienta importante y eficaz para predecir el riesgo²⁴. Sin embargo, debido a la sobrepoblación en los servicios de emergencia, es común encontrar bajos índices de aplicación de escalas para evaluar la seguridad del paciente en la práctica diaria, priorizándose actividades administrativas o medidas para estabilizar el cuadro clínico⁷⁻⁸.

La mayoría de los pacientes que desarrollaron LPP en el servicio de emergencia fue derivada a otras unidades, lo que puede derivar en que se desarrollen nuevas lesiones o en que las ya existentes sigan progresando. En un estudio sobre LPP realizado en una unidad de tratamiento intensivo se observó que muchos de los pacientes con LPP ya tenían las

lesiones al momento de la admisión¹.

Se destaca la importancia del trabajo multiprofesional en detrimento de medidas verticales, aisladas y centradas en la enfermedad. La participación debe enfocarse en evitar el desarrollo de lesiones desde el ingreso del paciente al servicio de emergencia y extenderse durante la totalidad del período de internación, con desarrollo de protocolos accesibles, además de capacitación continua de los equipos de salud²³.

Las principales limitaciones de este estudio se deben a cambios en la rutina de admisión de pacientes entre las alas para hombres y mujeres y al campo de estudio durante el período de recolección de datos. A raíz de la pandemia, en algunas ocasiones las alas quedaron aisladas debido a la presencia de pacientes con sospecha de infección por coronavirus, lo que limitó la admisión de otros pacientes en las unidades, que debieron permanecer por mayor tiempo en el pasillo del servicio de emergencia y, al ser derivados a las alas, algunos ya habían desarrollado LPP, siendo excluidos del estudio. Estas limitaciones pueden haber contribuido a que se haya subestimado la incidencia de las lesiones por presión en el servicio de emergencia.

CONCLUSIÓN

La incidencia de lesiones por presión en el servicio de emergencia que se identificó en este estudio fue del 9,3%. Entre los pacientes que desarrollaron LPP, la mayoría correspondió a mujeres de edad avanzada, raza/color de piel pardo, hipertensos, con movilidad física comprometida y con necesidad de usar pañales. Se registró una asociación entre complejidad asistencial e incidencia de LPP. Se contabilizaron 30 lesiones, localizadas principalmente en la región sacra y en los talones y con estadio en grados uno y dos.

También se hacen aportes a la práctica, ya que el estudio destaca la importancia de utilizar instrumentos para evaluar los riesgos y la demanda de cuidados de los pacientes que ingresan a los servicios de emergencia, cuyos datos al momento de la internación pueden contribuir a mejorar la calidad de la atención, disminuir la incidencia de eventos adversos y brindar una atención segura.

REFERENCIAS

1. Petz F de FC, Crozeta K, Meier MJ, Lenhani BE, Kalinke LP, Pott FS. Úlcera por pressão em unidade de terapia intensiva: estudo epidemiológico. Rev enferm UFPE on line. [Internet]. 2017. [acceso em 11 jan 2021];11(1):287-93. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11907/14388>.
2. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). Pressure Ulcer Stages Revised. [Internet]. 2016. [acceso em 11 jan 2021]. Disponível em: <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/pressure-injury-staging-illustrations/>.
3. Liu P, Shen WQ, Chen HL. The incidence of pressure ulcers in the emergency department: a metaanalysis. Wounds: a Compendium of Clinical Research and Practice. [Internet]. 2016. [acceso em 11 jan 2021]; 29(1):14-19. Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/27852014>.
4. Dugaret E, Videau M-N, Faure I, Gabinski C, Bourdel-Marchasson I, Salles N. Prevalence and incidence rates of pressure ulcers in an Emergency Department. Int Wound J. [Internet]. 2014. [acceso em 11 jan 2021]; 11(4):386-91. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1742-481X.2012.01103.x>.
5. Paixão DP da SS da, Batista J, Maziero ECS, Alpendre FT, Amaya MR, Cruz ED de A. Adhesion to

- patient safety protocols in emergency care units. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2018. [acesso em 11 jan 2021]; 71(suppl 1):577-84. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0504>.
6. Amaral APS, Longuiniere ACF de la, Santos JNM de O, Vilela ABA, Vieira SNS, Sanches G de JC. Occupational stress: the exposure of an emergency unit nursing team. *Estresse ocupacional: exposição da equipe de enfermagem de uma unidade de emergência.* *Rev Pesqui Cuid É Fundam Online.* [Internet]. 2019. [acesso em 11 jan 2021]; 11(2): 455-463. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.455-463>.
7. Padula WV, Pronovost PJ, Makic MBF, Wald HL, Moran D, Mishra MK, et al. Value of hospital resources for effective pressure injury prevention: a cost-effectiveness analysis. *BMJ Qual Saf.* [Internet]. 2019. [acesso em 11 jan 2021]; 28(2):132-41. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2017-007505>.
8. Naccarato MK, Kelechi T. Pressure ulcer prevention in the emergency department. *Adv Emerg Nurs J.* [Internet]. 2011. [acesso em 11 jan 2021]; 33(2):155-62. Disponível em: <http://doi.org/10.1097/TME.0b013e3182157743>.
9. Souza M da C, Loureiro MDR, Batiston AP. Organizational culture: prevention, treatment, and risk management of pressure injury. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2020. [acesso em 16 de jan de 2021]; 73(3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0510>.
10. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução n. 543, de 18 de abril de 2017. Atualiza e estabelece o dimensionamento do quadro de profissões de enfermagem. [Internet]. 2017. [Acesso em 10 de janeiro de 2021]. Brasília: COFEN; 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/RESOLU%C3%87%C3%83O-COFEN-N%C2%BA-543-2017-completa.pdf>.
11. Perroca MG. Desenvolvimento e validação de conteúdo da nova versão de um instrumento para classificação de pacientes. *Rev Lat Am Enfermagem.* [Internet]. 2011. [acesso em 11 jan 2021]; 19(1):58-66. Disponível em: <http://www.Redalyc.org/articulo.oa?id=281421953009>.
12. Silva SAM da, Pires P da S, Macedo MP, Oliveira LS, Batista JET, Amaral JM. Lesão por pressão: incidência em unidades críticas de um hospital regional. *ESTIMA.* [Internet]. 2018. [acesso em 11 jan 2021]; 16: [1-10]. Disponível em: https://doi.org/10.30886/estima.v16.655_PT.
13. Jesus MAP de, Pires P da S, Biondo CS, Matos RM e. Incidência de lesão por pressão em pacientes internados e fatores de risco associados. *Rev. baiana enferm.* [Internet]. 2020. [acesso em 11 jan 2021]; 34. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v34.36587>.
14. Paranhos WY, Santos VLCG. Avaliação de risco para úlcera por pressão pela escala de Braden, em português; *Rev. Esc. Enf. USP.* [Internet]. 1999. [acesso em 14 de jan de 2021]; 33:191-206. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/799.pdf>.
15. Gamston, J. Pressure induced skin and soft tissue injury in the emergency department. *Emerg. med. j.* [Internet]. 2019. [acesso em 08 de ago de 2022]; 36(10). Disponível em: <https://emj.bmj.com/content/36/10/631>.
16. Ferro D, Fabríz LA, Schönholzer TE, Viola CG, Valente SH, Zacharias FCM, et al. Sociodemographic and clinical profile of the patient with chronic disease treated at an emergency service. *Res., Soc. Dev.* [Internet]. 2021. [acesso em 08 de ago de 2022]; 10(7). Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/16263>.
17. Marques SHB, Souza AC de, Vaz AA, Pelegrini AHW, Linch GF da C. Mortalidade por causas externas no Brasil de 2004 a 2013. *Rev Baiana Saúde Pública.* [Internet]. 2018. [acesso em 11 de jan de 2021]; 41(2). Disponível em: <http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2368>.
18. Paiva SCL, Gomes CP, Almeida LG de, Dutra RR, Aguiar NP, Lucinda MF, et al. A Influência das comorbidades, do uso de medicamentos e da institucionalização na capacidade funcional dos idosos. *Rev. interdisciplin. estud. exp. anim. hum.* [Internet]. 2014. [acesso em 11 de jan de 2021]; 6: 46-53. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/riee/article/view/24009>.

19. Lage JSS, Okuno MFP, Campanharo CRV, Lopes MCBT, Batista REA. Functional capacity and profile of elderly people at emergency units. REME Rev Min Enferm. [Internet]. 2014. [acesso em 16 de jan de 2021];18(4). Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1415-2762.20140063>.
20. Gamston J. Pressure induced skin and soft tissue injury in the emergency department. Emerg Med J. [Internet]. 2019. [acesso em 16 de jan de 2021]; 36(10):631-4. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/emermed-2018-207807>.
21. Geovanine TG. Tratado de feridas e curativos. São Paulo: RIDEEL; 2014.
22. Arenas EB, Castañeda MDCP, Jiménez GP, Jiménez PH, Rodríguez JAR, Zárate MPP. Prevalencia de úlceras por presión en un hospital de tercer nivel, en México DF. Gerokomos. [versão impressa]. 2016; 27(4):176-181.
23. Santamaria N, Creehan S, Fletcher J, Alves P, Gefen A. Preventing pressure injuries in the emergency department: current evidence and practice considerations. Int Wound J. [Internet]. 2019 [acesso em 16 de jan de 2021]; 16(3):746–52. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/iwj.13092>.
24. Jansen RCS, Silva KB de A, Moura MES. Braden Scale in pressure ulcer risk assessment. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2020. [acesso em 16 de jan de 2021];73(6). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0413>.

PRESSURE INJURY DEVELOPMENT AND CARE COMPLEXITY IN PATIENTS AT AN EMERGENCY SERVICE

ABSTRACT

Objective: to assess pressure injury development and its association with care complexity in patients treated at an emergency service. Method: a prospective cohort and observational study conducted from August to October 2020 with patients treated in the emergency unit from a public hospital in southwest Bahia, Brazil. A specific form created for the study, the Braden Scale and the Perroca Classification Instrument were used for data collection. The data were analyzed by means of descriptive analysis and the Pearson's chi-square test. Results: the sample consisted in 225 patients. The incidence of pressure injury was 9.3%. It mainly affected women (61.9%) in the intermediate (57.1%) and semi-intensive (42.9%) care levels. There was an association between care complexity and pressure injury development ($p < 0.001$). Conclusion: the importance of evaluating care complexity in the patients treated at the emergency services is emphasized to provide safe care and reduce adverse events.

DESCRIPTORS: Pressure Injury; Emergency Nursing; Patient Safety; Nursing Assessment; Nursing Care.

Recibido en: 21/08/2021

Aprobado en: 10/08/2022

Editor asociado: Dra. Luciana Nogueira

Autor correspondiente:

Luzia Célia Batista Soares

Universidade Federal da Bahia-Vitória da Conquista, Bahia, Brasil

Rua Homindo Barros, 58, Candeias, Vitória da Conquista, BA

E-mail: luziaceliasoares@gmail.com

Contribución de los autores:

Contribuciones sustanciales a la concepción o diseño del estudio; o la adquisición, análisis o interpretación de los datos del estudio - Soares LCB, Silva DO, Cunha JXP da, Pires P da S, Cardoso LGV. Elaboración y revisión crítica del contenido intelectual del estudio - Soares LCB, Silva DO, Cunha JXP da, Pires P da S. Responsable de todos los aspectos del estudio, asegurando las cuestiones de precisión o integridad de cualquier parte del estudio - Soares LCB, Silva DO, Cunha JXP da, Pires P da S. Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

ISSN 2176-9133



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).