

Perfil clínico e diagnósticos de enfermagem de pacientes em risco para úlcera por pressão

Amália de Fátima Lucena¹
Cássia Teixeira dos Santos²
Ana Gabriela da Silva Pereira²
Miriam de Abreu Almeida³
Vera Lucia Mendes Dias⁴
Melina Adriana Friedrich²

Estudo transversal, cujos objetivos foram caracterizar os pacientes em risco para úlcera por pressão (UP) e identificar os seus diagnósticos de enfermagem (DEs). A amostra consistiu de 219 hospitalizações de pacientes adultos em risco para UP, determinado pela escala de Braden. Os dados foram coletados, retrospectivamente, em registros da escala de Braden e em prontuário eletrônico e, após, analisados estatisticamente. A maioria dos pacientes era de mulheres, idosos, com tempo de internação mediano de nove dias e portadores de doenças cerebrovasculares, pulmonares, cardiovasculares, metabólicas e neoplásicas. Os DEs mais frequentes foram risco para infecção, síndrome do déficit no autocuidado, déficit no autocuidado: banho/higiene, mobilidade física prejudicada, nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais, padrão respiratório ineficaz, integridade tissular prejudicada, dor aguda, alteração na eliminação urinária, integridade da pele prejudicada, risco para prejuízo da integridade da pele. Conclui-se que esses DEs, na maioria, são comuns à prática clínica de enfermagem.

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem; Processos de Enfermagem; Úlcera por Pressão; Cuidados de Enfermagem; Protocolos.

¹Doutora em Ciências. Professor Adjunto, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
E-mail: fatimalucena@terra.com.br.

²Aluna do curso de graduação em enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
E-mail: Cássia cassia.teixeira87@hotmail.com, Ana Gabriela agpereira@hcpa.ufrgs.br, Melina mefriedrich@hcpa.ufrgs.br.

³Doutora em Educação. Professor Adjunto, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
E-mail: miriam.abreu@terra.com.br.

⁴Enfermeira, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: vdias@hcpa.ufrgs.br.

Endereço para correspondência:

Amália de Fátima Lucena
Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem
Departamento de enfermagem-médico-cirúrgica
Rua São Manoel, 963
Bairro: Rio Branco
CEP: 90620-110 Porto Alegre, RS, Brasil
E-mail: afatimalucena@gmail.com

Clinical Profile and Nursing Diagnosis of Patients at Risk of Pressure Ulcers

This cross-sectional study characterizes patients at risk of Pressure Ulcers (PUs) and identifies their corresponding Nursing Diagnoses (NDs). The sample consisted of 219 hospitalizations of adult patients at risk for developing a PU established through the Braden Scale. Data concerning the results of the application of the Braden Scale were retrospectively collected from the patients' medical files and statistically analyzed. Most patients were elderly women hospitalized for an average of nine days, affected by cancer, cerebrovascular, lung, cardiovascular and metabolic diseases. The most frequent NDs were Risk for infection, Self-care deficit syndrome, Bathing/hygiene self-care deficit, Impaired physical mobility, Imbalanced nutrition: less than body requirements, Ineffective breathing pattern, Impaired tissue integrity, Acute pain, Impaired urinary elimination, Impaired skin integrity, and Risk for impaired skin integrity. We conclude that most NDs are common in clinical nursing practice.

Descriptors: Nursing Diagnoses; Nursing Process; Pressure Ulcer; Nursing Care; Protocols.

Perfil clínico y diagnósticos de enfermería de pacientes en riesgo de contraer úlcera por presión

Se trata de un estudio transversal con objetivos de caracterizar a los pacientes en riesgo de contraer úlcera por presión (UP) e identificar sus diagnósticos de enfermería (DEs). La muestra consistió de 219 hospitalizaciones de pacientes adultos en riesgo de contraer UP, determinado por la Escala de Braden. Los datos fueron recolectados retrospectivamente en registros de la Escala de Braden en ficha electrónica y, analizados estadísticamente. La mayoría de los pacientes fueron mujeres, ancianos, con tiempo de internación promedio de nueve días y portadores de enfermedades cerebrovasculares, pulmonares, cardiovasculares, metabólicas y neoplásicas. Los DEs más frecuentes fueron Riesgo de infección, Síndrome de déficit en el autocuidado, Déficit en el Autocuidado: baño/higiene, Movilidad física perjudicada; Nutrición desequilibrada: menos que las necesidades corporales, Estándar respiratorio ineficaz, Integridad tisular perjudicada, Dolor agudo, Alteración en la eliminación urinaria, Integridad de la piel perjudicada, Riesgo para perjuicio de la integridad de la piel. Se concluye que estos DEs, en la mayoría, son comunes a la práctica clínica de enfermería.

Descriptorios: Diagnóstico de Enfermería; Procesos de Enfermería; Úlcera por Presión; Atención de Enfermería; Protocolos.

Introdução

O processo de enfermagem (PE) consiste em método para sistematizar o cuidado ao indivíduo, à família e à comunidade, bem como auxiliar a tomada de decisões e a comunicação dos enfermeiros. Nesse sentido, observa-se o desenvolvimento de terminologias e de classificações que são instrumentos para descrever os diagnósticos, as intervenções e os resultados de enfermagem, de forma a dar visibilidade à sua prática⁽¹⁻²⁾.

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) utiliza o PE desde o final da década de 1970, com base no referencial teórico de Horta⁽³⁾, incluindo as etapas,

anamnese e exame físico, diagnóstico, prescrição, evolução e avaliação de enfermagem, informatizadas⁽¹⁻²⁾. Os diagnósticos de enfermagem (DE), introduzidos no ano 2000, foram agrupados de acordo com as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais⁽³⁾ e descritos conforme o vocabulário da NANDA-I⁽⁴⁾.

A prescrição de enfermagem informatizada tem por base os DEs e os seus fatores relacionados ou de risco (etiologias). Para cada etiologia de um diagnóstico de enfermagem (DE) existem cuidados correspondentes, que são selecionados de acordo o julgamento clínico

da enfermeira que os prescreve. Esses possuem base na literatura, na prática clínica dos enfermeiros e na classificação das intervenções de enfermagem – NIC^(2,5).

Os protocolos assistenciais também têm auxiliado a qualificar o cuidado de enfermagem no HCPA. Assim, em 2006, elaborou-se protocolo para prevenção e tratamento de úlcera por pressão (UP)⁽⁶⁾, que é uma lesão na pele e/ou no tecido subjacente, geralmente sobre proeminência óssea, como consequência da pressão ou da pressão em combinação com o cisalhamento e/ou fricção. É problema com alta incidência em pacientes hospitalizados, porém, evitável grande parte das vezes, o que demanda a adoção de medidas de prevenção e tratamento eficazes⁽⁷⁻¹⁰⁾.

O reconhecimento dos indivíduos em risco para UP não depende somente da habilidade clínica do profissional, mas, também, do uso de instrumento de avaliação apropriado. A escala de Braden possui índices de validade preditiva, sensibilidade e especificidade adequadas, além de ter sido traduzida e validada para o português, o que motivou a sua escolha, como instrumento preditor de risco para UP no HCPA^(6,9,11).

O uso da escala de Braden, composta por suas seis subescalas (percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento)⁽¹²⁻¹⁴⁾, é feito na admissão do paciente no HCPA, repetida semanalmente e a cada alteração do seu estado geral, sendo que o escore menor ou igual (\leq) a 13 determina o risco à UP⁽⁶⁾. Essa avaliação também oferece subsídios ao processo de raciocínio diagnóstico e implementação das intervenções de enfermagem, conforme o protocolo assistencial. Desde a implantação desse protocolo na instituição, passou-se a observar queda na incidência da UP, o que, de certa forma, evidencia a qualificação do cuidado de enfermagem. Entretanto, desconheciam-se as características clínicas dos pacientes em risco para UP, os seus principais DEs e fatores relacionados, ou de risco, bem como os casos em que houve a seleção e a prescrição das intervenções descritas no protocolo assistencial.

Assim, realizou-se este estudo com os objetivos de caracterizar o perfil clínico dos pacientes hospitalizados em risco para UP no HCPA; identificar os DEs e os seus fatores relacionados, ou de risco, mais frequentemente estabelecidos para esses pacientes, bem como identificar para quais deles houve a seleção e a prescrição da intervenção de enfermagem descrita como “implementar protocolo de prevenção e tratamento para úlcera por pressão”. Salienta-se, que essa intervenção é composta por um conjunto de atividades⁽⁵⁾, estabelecidas no protocolo assistencial de cuidado, para prevenção e tratamento de UP da instituição.

Este estudo também se justifica em função de que, apesar da vasta literatura sobre a situação clínica de UP^(8-9,13,15-16), inexistente estudo brasileiro publicado que a descreva associada aos diagnósticos de enfermagem. Um dos poucos trabalhos encontrados nessa linha foi um artigo americano que apresenta as etapas do processo de enfermagem, no cuidado a pacientes em risco para UP⁽¹⁷⁾.

Métodos

Estudo transversal, realizado no HCPA, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. A amostra foi de 219 internações de pacientes adultos, em unidades clínicas e cirúrgicas, em risco para UP, definido pelo escore ≤ 13 na escala de Braden^(6,14). A ausência de algumas informações reduziu a amostra para 194 internações na etapa de análise, referente aos motivos para internação e comorbidades associados aos DEs. A coleta de dados foi retrospectiva, relativa ao primeiro semestre de 2008. Na primeira etapa se coletou dados existentes, oriundos da aplicação da escala de Braden e de registros em prontuário *online*. Num segundo momento, coletaram-se os DEs e a prescrição de enfermagem em sistema informatizado. Todos os dados foram organizados em planilhas do Excel for Windows e analisados estatisticamente com o auxílio do *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS, versão 16.0. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Saúde da Instituição, sob Protocolo nº08-319, e os pesquisadores assinaram termo de comprometimento para utilização de dados.

Resultados

A idade média dos pacientes foi de 67 anos ($\pm 20,2$). O sexo predominante foi o feminino, em 132 (67%) casos, com tempo mediano da internação de nove dias (± 27), em unidades de clínica médica, na maioria das vezes (129; 59%).

Os escores mais frequentes nas subescalas foram: na percepção, 2 (muito limitado) em 109 (50%) casos; na umidade, 3 (ocasionalmente molhado) em 92 (42%) casos; na atividade, 1 (acamado) em 182 (83%) casos; na mobilidade, 2 (bastante limitado) em 184 (84%) casos; na nutrição, 2 (provavelmente inadequado) em 132 (60%) casos e na fricção e cisalhamento, 1 (problema) em 115 (52,5%) casos. Os escores podem variar de um a quatro nas três primeiras subescalas e de um a três na última. Identificaram-se 46 diferentes DEs nas 219 internações, sendo onze com maior frequência (Tabela 1).

Tabela 1 - DEs mais frequentemente identificados em pacientes com risco para UP e seus principais fatores relacionados, ou de risco. Porto Alegre, Brasil, 2010

DEs	n	%	Fator relacionado/risco	n	%
Risco de infecção	120	55	Procedimento invasivo	117	97
Síndrome do déficit do autocuidado	102	46,5	Prejuízo neuromuscular/musculoesquelético	102	100
Déficit no autocuidado: banho e higiene	95	43	Evolução da doença	39	41
Mobilidade física prejudicada	70	32	Prejuízo neuromuscular/musculoesquelético	38	54
Padrão respiratório ineficaz	57	26	Prejuízo neuromuscular/musculoesquelético	18	34
			Processos infecciosos de vias aéreas	17	32
Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais	53	24	Alteração no metabolismo ou exigências calóricas aumentadas	17	29
Integridade tissular prejudicada	45	20,5	Trauma mecânico	25	56
Dor aguda	44	20	Trauma	29	66
Alteração na eliminação urinária	30	14	Prejuízo neuromuscular/esquelético	13	43
Integridade da pele prejudicada	29	13	Imobilidade	22	76
Risco para prejuízo da integridade da pele	29	13	Imobilidade	18	62

Em alguns casos, um mesmo paciente apresentou mais de um DE e/ou mais de um fator relacionado/risco na mesma internação (Tabela 1). Para cinco DEs, houve a seleção e a prescrição da intervenção de enfermagem "implementar protocolo de prevenção e tratamento para úlcera por pressão" (Tabela 2).

Tabela 2 - DEs para os quais foi prescrita a intervenção "implementar protocolo de prevenção e tratamento para úlcera por pressão". Porto Alegre, Brasil, 2010

DEs	Internações	Prescrição da intervenção	%
Síndrome do déficit no autocuidado	102	89	87,3
Integridade da pele prejudicada	29	22	75,9
Risco para prejuízo da integridade da pele	29	20	70
Mobilidade física prejudicada	70	28	40
Integridade tissular prejudicada	45	10	22,2

Os principais motivos de internação dos pacientes foram doenças cerebrovasculares (49;22,4%), pulmonares (34;15,5%), cardiovasculares (30;13,7%) e neoplasias (30;13,7%). As comorbidades mais frequentes foram doenças cardiovasculares (88;40%), cerebrovasculares (82;37%) e metabólicas (60;27%).

A esses motivos de internação e comorbidades foram associados os DEs mais prevalentes e aqueles que se relacionaram diretamente ao risco ou dano à pele, de forma a verificar a sua frequência em cada uma das situações (Tabela 3). Ressalta-se que o DE padrão respiratório ineficaz foi o segundo mais frequente em pacientes que tiveram como causa de internação as doenças pulmonares, assim como o DE mobilidade física prejudicada foi o segundo mais frequente em pacientes internados devido a neoplasia. Nessa etapa de análise, foram excluídas 25 internações como decorrência da ausência de algumas informações, reduzindo-se a amostra para 194.

Tabela 3 - Principais motivos de internação e comorbidades de pacientes em risco para UP associado aos principais DEs. Porto Alegre, Brasil, 2010

Principais motivos de internação	Diagnósticos de enfermagem					
	Síndrome do déficit do autocuidado		Risco de infecção		Déficit no autocuidado banho e higiene	
	f	%	f	%	f	%
Cerebrovascular (n=43)	23	53	19	44	16	37
Pulmonar (n=30)	18	60	14	47	-	-
Cardiovascular (n=26)	11	42	13	50	12	46
Neoplasia (n=26)	-	-	17	65	12	46
Principais comorbidades						
Cardiovascular (n=81)	38	47	40	49	4	5
Cerebrovascular (n=75)	38	51	31	41	27	36
Metabólica (n=53)	27	51	28	53	2	4

(continua...)

Tabela 3 – (continuação)

Principais motivos de internação	Diagnósticos de enfermagem					
	Risco para prejuízo da integridade da pele		Integridade da pele prejudicada		Integridade tissular prejudicada	
	f	%	f	%	f	%
Cerebrovascular (n=43)	5	12	5	12	5	12
Pulmonar (n=30)	3	10	4	13	2	7
Cardiovascular (n=26)	-	-	4	15	5	19
Neoplasia (n=26)	6	23	2	8	5	19
Principais comorbidades						
Cardiovascular (n=81)	4	5	14	17	15	18
Cerebrovascular (n=75)	8	11	17	23	13	17
Metabólica (n=53)	3	6	9	17	7	13

f - frequência de pacientes com o DE e o motivo de internação ou a comorbidade associada.

n - número total de pacientes para cada motivo de internação ou comorbidade associada a pelo menos um dos DEs descritos.

A média dos escores de cada subescala de Braden foi analisada nos pacientes que apresentaram pelo menos um dos onze DEs mais frequentes. As subescalas "atividade" e "mobilidade" foram as que apresentaram os menores escores em todos os DEs, ou seja, 1,19 e 1,89, respectivamente. O menor escore (1,00) foi na subescala "atividade", em pacientes com o DE "risco para prejuízo da integridade da pele".

Discussão

O estudo encontrou a maioria de mulheres, idosos e com tempo médio de hospitalização de nove dias, na maior parte das vezes, em unidades de internação clínica. A idade avançada é apontada como um dos mais relevantes fatores envolvidos na fisiopatogênese da UP, principalmente quando associada a condições mórbidas como as alterações neurológicas, mentais, nutricionais, de mobilidade, atividade e continências anal e urinária^(9,16,18-19). Esses fatores caracterizam população propensa à formação, recidiva e complicações de UP e, conseqüentemente, com aumento da necessidade e do tempo médio de institucionalização, o que pode piorar o seu estado de saúde e aumentar os custos do tratamento^(9,15,20).

No HCPA, o risco para UP é determinado pelo escore total ≤ 13 na escala de Braden. Para estabelecê-lo consideraram-se as características do hospital, vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), com grande demanda de internações de pacientes graves e atendimentos de alta complexidade. A importância em definir um ponto de corte está no fato de se delimitar o risco para a UP e, assim, direcionar ações de prevenção específicas a esses pacientes, evitando-se medidas desnecessárias a um número maior deles^(6,11).

Os DEs mais frequentemente identificados nos pacientes estudados apresentam pontos importantes a serem discutidos. O primeiro deles é sobre a prevalência de alguns DEs, identificada de forma semelhante em outras investigações, que avaliaram grupos com características semelhantes às dos pacientes aqui analisados e, como exemplo, vê-se a idade (em torno de 65 anos) à hospitalização, principalmente em unidades clínicas e cirúrgicas, a presença de doenças crônicas e comorbidades associadas⁽²¹⁻²⁴⁾. Nesses estudos, dentre os DEs mais frequentes também estão risco para infecção, déficit do autocuidado: banho/higiene, mobilidade física prejudicada, nutrição alterada - menos que as necessidades corporais e dor aguda. Isso leva a inferir que tais DEs são comuns na prática de enfermagem e, muitas vezes, de forma independente da causa da doença do paciente, mas com alterações no nível de necessidades básicas ao funcionamento do seu organismo⁽²¹⁻²⁴⁾.

Outro ponto diz respeito às peculiaridades de cada DE. O risco de infecção foi o mais prevalente (120;55%), o que remete ao fato de que a prevenção dessa complicação tem sido cada vez mais abordada nos hospitais, evitando-se ao máximo a sua ocorrência⁽²²⁻²³⁾. Além disso, os pacientes estudados são, na maioria, idosos e/ou com comorbidades associadas que levam à diminuição da imunidade e, portanto, às infecções.

O segundo DE mais frequente, síndrome do déficit do autocuidado (102;46,5%), o terceiro, déficit no autocuidado: banho e higiene (95;43%) e o quarto, mobilidade física prejudicada (70;32%), apresentaram como principais fatores relacionados o prejuízo neuromuscular/musculoesquelético e a evolução da doença. Isso demonstra que esses pacientes possuem dificuldade para se mover, afetando a realização das suas atividades diárias, tanto pela idade avançada como pela condição de saúde agravada⁽²¹⁻²²⁾.

Sabe-se que as alterações decorrentes do envelhecimento, assim como as de uma doença podem levar à limitação na capacidade do indivíduo para desempenhar as suas atividades básicas da vida diária como tomar banho, vestir-se, evacuar e urinar sem ajuda, alimentar-se, caminhar, sentar-se, levantar-se. Essas limitações são fatores contribuintes para o aumento de risco à UP, que pode ser agravado pela ausência de intervenções adequadas.

Os DEs padrão respiratório ineficaz, quinto mais frequente (57;26%), e alteração na eliminação urinária, nono mais frequente (30;14%), também apresentaram como principal fator relacionado o prejuízo neuromuscular e/ou musculoesquelético, o que indica o risco à UP. Os pacientes com o DE alteração da eliminação urinária também apresentaram escore médio de 2,55 na subescala de umidade⁽¹⁴⁻¹⁵⁾, o que pressupõe pacientes molhados ou ocasionalmente molhados e, portanto, em risco à UP.

O DE nutrição desequilibrada, menos do que as necessidades corporais, foi o sexto em frequência, (53;24%), e a subescala nutrição também apontou baixos escores entre esses pacientes, em média 1,91, corroborando o padrão nutricional alterado. Nesses casos, é preciso ter em mente que o estado de desnutrição pode estar presente, ou que existe limitações na ingestão normal de alimentos e líquidos, o que determina a necessidade de intervenções para melhorar o estado nutricional do paciente e reduzir o risco e a incidência de UP⁽²⁵⁾.

O DE dor aguda foi o oitavo em frequência (44;20%), sendo comum em pacientes hospitalizados⁽²³⁾. Aliado a isso, a enfermagem está cada vez mais preocupada com o tratamento e cuidado da dor, que, no HCPA, é considerada como o quinto sinal vital.

Os DEs integridade tissular prejudicada, sétimo mais frequente (45;20,5%), integridade da pele prejudicada, décimo (29;13%), e risco para prejuízo da integridade da pele, décimo primeiro (29;13%), são aqueles que melhor parecem descrever o risco, ou a própria UP, quando se considera os seus fatores de risco e fatores relacionados⁽⁴⁾. Todavia, eles foram os últimos DEs em frequência no grupo estudado, mesmo sendo os pacientes previamente avaliados pela escala de Braden, como de risco para UP.

Além disso, os pacientes com o DE integridade da pele prejudicada apresentaram os escores médios mais baixos nas subescalas atividade (1,20), mobilidade (1,72) e umidade (1,92); e os pacientes com o DE risco para prejuízo da integridade da pele receberam, em média, escore um (o menor possível) na subescala atividade, e 1,78 na mobilidade, o que corrobora a presença de fatores de risco e fatores relacionados a esses DEs. Disso se depreende, que a escala de Braden é excelente

instrumento para avaliação de risco a ser usado na determinação do DE risco para prejuízo da integridade da pele, conforme preconiza a NANDA-I, uma vez que as suas subescalas avaliam fatores de risco que são descritos nessa classificação^(4,14,17).

O fator relacionado mais frequente aos 11 DEs foi prejuízo neuromuscular e/ou musculoesquelético, demonstrando, de alguma forma, que houve um processo de raciocínio clínico do enfermeiro, uma vez que esse fator aponta para a possibilidade de menor pontuação nas subescalas de atividade e mobilidade, as quais apresentaram os menores escores. A subescala com menor escore médio foi a atividade (entre 1,00 e 1,36), seguido pela mobilidade (entre 1,72 e 2,03), caracterizando o paciente acamado, imóvel ou bastante limitado.

A intervenção de enfermagem "implementar protocolo de prevenção e tratamento para UP" foi selecionada e prescrita para os DEs síndrome do déficit no autocuidado, integridade da pele prejudicada, risco para prejuízo da integridade da pele, mobilidade física prejudicada e integridade tissular prejudicada. Todos eles possuem fatores de risco ou fatores relacionados ou sinais e sintomas que apontam dano à pele e, assim, a necessidade da intervenção proposta no protocolo assistencial de UP. Então, por que alguns deles, como o integridade da pele prejudicada e risco para integridade da pele, que são os mais específicos para esses pacientes, sabidamente em risco para UP, não foram identificados com maior frequência?

Uma das respostas poderia ser a de que outros DEs identificados também possuem como fatores relacionados motivos que explicitam risco de dano à pele, como, por exemplo, o prejuízo neuromuscular/musculoesquelético. Todavia, percebe-se tendência para se estabelecer DEs comuns à prática clínica de enfermagem, como, por exemplo, risco para infecção, quando outros poderiam definir de forma mais precisa uma determinada situação. Isso remete à questão da acurácia diagnóstica, que se baseia no pressuposto de que há ampla variedade de diagnósticos possíveis nas diversas situações clínicas, entretanto, o enfermeiro deverá ser capaz de realizar julgamento clínico com a maior precisão possível.

A necessidade de aprimorar a acurácia diagnóstica também foi observada quando se identificou que os DEs síndrome do déficit do autocuidado e risco de infecção aparecem como os mais frequentes, independente do motivo de internação ou da comorbidade apresentada pelos pacientes (doenças cerebrovasculares, pulmonares, cardiovasculares e neoplasias).

Essas patologias, que foram motivos de internação ou comorbidades nesses pacientes, podem causar

diversos agravos à saúde, tornando-os mais debilitados⁽²⁶⁾ e, conseqüentemente, mais vulneráveis à UP. Essa ideia vem ao encontro de resultados de estudo que evidenciou que o *diabetes mellitus*, a hipertensão, as doenças cardiovasculares e respiratórias são significativas para o desenvolvimento de UP⁽⁹⁾.

Considerando-se os agravos que levam à UP, verifica-se que a enfermagem possui, tradicionalmente, papel fundamental, tanto na sua prevenção como no seu tratamento, embora outros profissionais de saúde também necessitem estar envolvidos, pela natureza multicausal do problema. Assim, prevenir e tratar a UP passa pela adoção de cuidados ao paciente, pela educação permanente dos profissionais, pela orientação de familiares e cuidadores, além do compromisso da instituição em prover condições necessárias à assistência⁽²⁰⁾. Dessa forma, protocolo de prevenção e tratamento, bem como o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem acurados, constitui alternativa para a excelência do cuidado de enfermagem na UP, uma vez que a adoção das melhores práticas pode reduzir a sua incidência e favorecer o tratamento⁽²⁷⁾.

Conclusões

Os pacientes em risco para UP foram na maioria mulheres, idosos, hospitalizados em unidades clínicas, principalmente por doenças cerebrovasculares, pulmonares, cardiovasculares e neoplasias e com comorbidades relacionadas às doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e metabólicas.

Para esses pacientes, foram identificados 11 DEs de maior frequência, os quais apresentaram, como principal fator relacionado, prejuízo neuromuscular/musculoesquelético e com escores médios baixos nas subescalas de Braden de atividade e mobilidade. Isso leva a inferir que são pacientes acamados e com dificuldade de movimento e que, portanto, requerem, além de diagnóstico preciso, adequado plano de cuidados com medidas preventivas e qualificada avaliação de enfermagem.

Os DEs síndrome do déficit do autocuidado e risco de infecção foram prevalentes, independente do motivo de internação ou da comorbidade, o que demonstra serem comuns à prática clínica de enfermagem. Por sua vez, os DEs que se referem ao risco ou ao dano à pele e tecidos, como integridade da pele prejudicada, integridade tissular prejudicada e risco para prejuízo da integridade da pele, se apresentaram com menor frequência, contrariando a ideia de que seriam mais prevalentes em pacientes previamente determinados com risco para UP. Isso remete a uma das limitações deste estudo, no qual se identificou

a necessidade de maior aprofundamento e de novas investigações na área da acurácia diagnóstica.

A intervenção de enfermagem "implementar protocolo de prevenção e tratamento para UP" foi selecionada para a prescrição de enfermagem nos casos de pacientes que apresentaram DEs com fatores de risco ou relacionados ao dano à pele, verificando-se que existe aplicabilidade correta do protocolo de UP quando o DE é acurado.

Salienta-se a aplicabilidade da escala de Braden como instrumento de avaliação de risco à UP e como subsídio à identificação do DE risco de integridade da pele prejudicada. Pois, conforme preconiza a NANDA-I, para se estabelecer esse DE é aconselhável utilizar um instrumento preditor de risco, constituindo, assim, em uma das principais inovações e implicações à prática de enfermagem deste estudo, que também apontou a descrição dos diagnósticos de enfermagem, frequentemente estabelecidos para esses pacientes, e as situações em que houve a implementação da intervenção que compõe o protocolo de cuidado assistencial de UP.

Nesse contexto, o enfermeiro possui papel fundamental, pois é ele quem colhe os dados, estabelece os DEs, seleciona, prescreve e/ou executa a intervenção e avalia o resultado obtido pelo paciente. Para tanto, é fundamental que conheça, não só as características dos pacientes, mas, também, identifique neles os principais fatores relacionados e de risco às diferentes situações de cuidado como a UP.

Agradecimentos

As autoras agradecem as enfermeiras do Programa de Prevenção e Tratamento de Feridas (PPTF), pela sua colaboração nesta pesquisa, e ao Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pelo apoio na sua execução.

Referências

1. Almeida MA, Longaray VK, De Cezaro P, Barilli SLS. Correspondência entre cuidados para pacientes com problemas ortopédicos e a classificação das intervenções de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* dez 2007;28(4):480-8.
2. Lucena AF, de Barros AL. Nursing Diagnoses in a Brazilian Intensive Care Unit. *Int J Nurs Terminol Class.* 2006 Jul/Sep;17(3):139-46.
3. Horta WA. *Processo de enfermagem.* São Paulo: EDUSP; 1979. 99 p.
4. North American Nursing Diagnosis Association. *Nursing diagnoses: definitions & classification 2009-2011.* Philadelphia: Wiley-Blackwell; 2009. 435 p.

5. Dochterman MJ, Bulechek GM. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 4.ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2008. 988 p.
6. Menegon DB, Bercini RR, Brambila MI, Scola ML, Jansen MM, Tanaka RY. Implantação do protocolo assistencial de prevenção e tratamento de úlceras de pressão do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Rev HCPA 2007;27(2):61-4.
7. Blanes L, Duarte IS, Calil JA, Ferreira LM. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no Hospital São Camilo. Rev Assoc Med Brás 2004; 50(2):182-7.
8. Rogenski NMB, Santos VLGC. Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. Rev. Latino-Am. Enfermagem. jul-ago 2005;13(4):474-80.
9. Medeiros ABF, Lopes CHAF, Jorge MSB. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(1):223-8.
10. National pressure ulcer advisory panel [internet]. Washington (EUA). [acesso 22 jun 2010]. Disponível em: <http://www.npuap.org> >.
11. Paranhos WY, Santos VLGC. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da escala de Braden, na língua portuguesa. Rev Esc Enferm USP. 1999;33(nº esp):191-206.
12. Lyder C. Pressure Ulcer: Prevention and Management. What are known risk factors for pressure ulcers. Annual Rev Nurs Res. 2002;20:35-62.
13. Courtney H, Lyder ND. Pressure Ulcer Prevention and Management. J Am Med Assoc. 2003 January;289(2):223-6.
14. Braden B, Bergstrom N. A conceptual schema for the study of the etiology of pressure sore. Rehabil Nurs. 1987 Jan-Feb;12(1):8-12.
15. Souza DMST; Santos VLGC. Fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão em idosos institucionalizados. Rev. Latino-Am. Enfermagem. set-out 2007; 15(5):958-64.
16. Cremasco MF, Wenzel F, Sardinha FM, Zanei SSV, Whitaker IY. Úlcera por pressão: o risco e gravidade do paciente e carga de trabalho de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2009; 22(esp 70 anos):897-902.
17. Magnan MA, Maklebust J. The nursing process and pressure ulcer prevention: making the connection. Adv Skin Wound Care. 2009 February;22(2):83-92.
18. Lyder C, Preston J, Grady J, Scinto J, Allman R, Bergstrom N, Rodeheaver G. Quality of care for hospitalized medicate patients at risk pressure ulcer. Arch Intern Med. 2001; 161(12):1549-54.
19. Chayamiti EMPC, Caliri MHL. Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliária. Acta Paul Enferm. 2010;23(1):29-34.
20. Anselmi ML, Peduzzi M, França I Júnior. Incidência de úlcera por pressão e ações de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2009;22(3):257-64.
21. Almeida MA, Aliti GB, Franzen E, Thomé EGR, Unicovsky MR, Rabelo ER, et al. Diagnósticos de enfermagem e intervenções prevalentes no cuidado ao idoso hospitalizado. Rev. Latino-Am. Enfermagem. julho-ago 2008;16(4):707-11.
22. Sakano LM, Yoshitome AY. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em idosos hospitalizados. Acta Paul Enferm. 2007;20(4):495-8.
23. Volpato MP, Cruz DALM. Diagnósticos de enfermagem de pacientes internadas em unidade médico-cirúrgica. Acta Paul Enferm. 2007;20(2):119-24.
24. Santos ASR, Souza PA, Valle AMD, Cavalcanti ACDC, Sá SP, Santana RF. Caracterização dos diagnósticos de enfermagem identificados em prontuários de idosos: um estudo retrospectivo. Texto Contexto Enferm. jan-mar 2008;17(1):141-9.
25. Clark M. Diretrizes de nutrição na prevenção e tratamento de úlceras de pressão. European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) nov 2003. Registered Charity Nº: 1066856.
26. Rodrigues RAP, Scudeller PG, Pedrazzi EC, Schiavetto FV, Lange C. Morbidade e sua interferência na capacidade funcional de idosos. Acta Paul Enferm. 2008;21(4):643-8.
27. Fernandes LM, Caliri, MHL. Uso da escala de braden e de glasgow para identificação do risco para úlceras de pressão em pacientes internados em centro de terapia intensiva. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2008;16(6):73-8.

Recebido: 1.7.2010

Aceito: 10.3.2011

Como citar este artigo:

Lucena AF, Santos CT, Pereira AGS, Almeida MA, Dias VLM, Friedrich MA. Perfil clínico e diagnósticos de enfermagem de pacientes em risco para úlcera por pressão. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. maio-jun 2011 [acesso em: _____];19(3):[08 telas]. Disponível em: _____

 dia | mês abreviado com ponto | ano

 URL