

INCIDÊNCIA DE ÚLCERAS POR PRESSÃO NO HOSPITAL DE CLÍNICAS I DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA- SP

*Adriana de Paula Congro Michelone**
*Luiz Antonio Athayde Cardoso ***
*Rodrigo Pinheiro Motta****
*Andréa Christina Borella*****
*Aline Pardo de Mello*****

1 INTRODUÇÃO

A úlcera por pressão ou de decúbito é consequência de uma necrose isquêmica e ulceração de tecidos localizados sobre proeminências ósseas, resultantes de pressão prolongada (fator extrínseco) por contato com objetos externos (p.e., cama, cadeira de rodas, gesso, tala). A pressão pode ser devido a vários fatores como pouca movimentação do paciente, atrito e irritação causados por próteses mal-ajustadas ou pelas dobras das roupas de cama e inúmeros outros. A umidade resultante da transpiração ou de incontinência fecal ou urinária predispõe à formação de escaras por causar maceração e lesão dos tecidos.

BERKOW (1990) refere que os fatores intrínsecos mais importantes são a perda da sensibilidade dolorosa e de pressão, que normalmente fazem com que o paciente mude de posição quando a pressão sobre um ponto se torna excessiva e, segundo, a diminuição da espessura do coxim de músculo e gordura entre as proeminências ósseas que suportam a pressão e a pele. Outros fatores que também têm relação com a formação das úlceras são a atrofia por desuso, desnutrição, anemia e infecção. Um membro paralisado apresenta perda do controle vasomotor, que leva a uma diminuição do tônus do leito vascular e conseqüente diminuição na circulação. Os tecidos normalmente acometidos são os que recobrem os ossos sacro, o ísquio, os trocanteres maiores, maléolos externos e calcâneos.

Segundo FAINTUCH (1978), a escara de decúbito é um problema permanente dos enfermos inconscientes ou que não se movimentam, e embora não ameace diretamente a sobrevivência, acarreta considerável sofrimento e um prolongamento inconveniente do tempo de hospitalização.

JURKIEWICZ (1988) afirma que uma pressão de 40 a 80 mmHg aplicada continuamente nos tecidos por 4 horas causa alteração microvascular permanente.

DASSUMPCÃO (1985) classifica a evolução da úlcera de decúbito em 4 fases como segue:

1ª Fase - "A pele se apresenta avermelhada e esta coloração não desaparece quando se alivia a pressão sobre a região. É o estágio inicial e se não tratado, conseqüentemente evolui para a seguinte (grau I)".

2ª Fase - "Forma-se uma bolha dermo epidérmica que pode se romper evidenciando uma solução de continuidade na pele. Em redor dela tem-se uma superfície avermelhada como na 1ª fase (grau II)".

3ª Fase - "Ocorre a necrose total da pele, que pode se apresentar fixada no local, com uma coloração escura. Caracteriza-se nesta fase a chamada "escara", já que é o elemento principal da lesão. No entanto, se esta escara, houver sido eliminada, tem-se uma superfície avermelhada, com perda da pele e exposição do subcutâneo, o que irá caracterizar a úlcera de decúbito ou pressão (grau III)".

4ª Fase - "A lesão se aprofunda, deixando à vista músculos e ossos, nesta fase pode haver o que se chama de "solapamento" de lesão, o que se caracteriza por um amplo deslocamento da pele e subcutâneo, dando origem a uma grande cavidade, bem maior do que sua lesão vista superficialmente (grau IV)".

Considerando-se o aparecimento de úlceras por pressão em pacientes sob cuidados médicos e de enfermagem, como mais um transtorno para o paciente, familiares e para o sistema de saúde, o qual, precisa arcar com novos gastos para o tratamento desta iatrogenia, procuramos verificar a incidência e caracterizar as lesões para uma intervenção mais abrangente no sentido de prevenção.

2 OBJETIVOS

O trabalho tem os seguintes objetivos:

- Verificar a incidência das úlceras por pressão desenvolvidas durante a internação em pacientes internados no Hospital de Clínicas I da Faculdade de Medicina de Marília

- Caracterizar as úlceras por pressão encontradas em relação a localização, especialidade, grau de comprometimento da pele, diagnóstico de internação, tempo de hospitalização e patologias concomitantes.

* Enfermeira. Docente Enfermagem Clínica da FAMEMA e mestranda da EEUSP.

** Médico. Cirurgião Plástico.

*** Acadêmico Medicina

**** Acadêmica Enfermagem

3 CASUÍSTICA E MÉTODOS

3.1 Local do estudo

O presente estudo foi desenvolvido no Hospital de Clínicas I da Faculdade de Medicina de Marília, S.P., o qual possui 107 leitos operacionais, distribuídos entre unidade de doenças infecto-contagiosas (7), psiquiatria (7), unidade de terapia intensiva (6), 2 unidades de internação clínica e cirúrgica especializada (43) e 2 unidades de internação da urgência-emergência masculina (44leitos).

3.2 Sujeito

Foram incluídos neste estudo, todos os pacientes internados no período de maio a julho de 1999 que apresentaram úlceras por pressão durante a internação e aceitaram participar do estudo assinando termo de consentimento informado. Quando o paciente não tinha condições de assinar era contactado algum familiar.

3.3 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada através da visita diária nas enfermarias do hospital nos meses de maio a julho de 1999 onde realizava-se um contato com a enfermeira responsável por cada setor em busca de pacientes portadores de úlceras por pressão

3.3 A) Procedimento

Após aprovação pela Comissão de Ética de Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, elaborou-se um cronograma diário de visitas em todos os setores do hospital realizadas pelos autores.

3.3.B) Instrumento

Utilizou-se um questionário elaborado especificamente para este estudo contendo dados de identificação do paciente, localização e grau de acometimento das lesões, tempo de hospitalização, especialidade médica e diagnóstico principal

3.4 Tratamento dos dados

O diagnóstico primário da internação foram codificados conforme a Classificação Internacional das Doenças - 10ª edição (CID-10). Os dados foram digitados no programa Epi-Info versão 6.02, onde foi possível calcular as frequências e aplicar os testes estatísticos χ^2 (Qui-quadrado) ou teste exato de Fisher, tal como a Odds ratio.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de maio a julho de 1999, foram internados 1271 pacientes no HC-I da Faculdade de Medicina de Marília, distribuídos em todas as unidades de internação. Foram constatados 18 pacientes portadores de úlceras por pressão, sendo 3 pacientes portadores de úlceras por pressão domiciliares. Doze pacientes contemplaram os critérios de inclusão neste estudo, equivalendo a 0,94% do total de pacientes internados no período.

Tabela 1: Distribuição de pacientes segundo o sexo e faixa etária. Marília SP, 1999

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO
20 - 29 anos	1	0
30 - 39 anos	1	-
40 - 49 anos	2	-
50 - 59 anos	3	-
60 - 69 anos	1	2
acima de 70 anos	-	2
TOTAL	8	4

Fonte: coleta de dados

Em relação ao sexo, verificamos a ocorrência de úlceras por pressão em 8 indivíduos do sexo masculino e 4 do sexo feminino o que corresponde a 1,02% dos homens internados e 0,81% das mulheres internadas no período. A faixa etária mais frequente foi a de 50 a 59 anos, com 25% dos pacientes o que corresponde a 1,37% do total de pacientes nessa faixa etária internados no mesmo período

A média de idade dos estudados foi de 55,5 anos (+/- 17).

ISEMBERG (1995), em seu estudo nos Estados Unidos, mostrou que a idade significativa do grupo que veio a desenvolver úlceras foi de 82,5 anos, com ¾ sendo mulheres. Condições associadas que impediam mobilidade (artrites,

contraturas de articulações, hemiplegia e paraplegia) foram notados em 65% do estudo, sendo que em nosso estudo, estes dados não foram significativos e dos pacientes que apresentaram escaras na faixa etária até 59 anos, 100% foram do sexo masculino. Já na faixa de acima de 60 anos, 80% dos pacientes que desenvolveram escaras foram do sexo feminino.

Em relação à profissão dos pacientes que desenvolveram úlcera por pressão, a mais frequente foi "do lar" (25%), seguida pelos lavradores (16,7%).

Tabela 2: Distribuição dos pacientes segundo a especialidade. Marília - SP, 1999

ESPECIALIDADE	Nº
Clínica Médica	9
Cabeça e Pescoço	1
Neurocirurgia	2
Cirurgia Geral	1
TOTAL	12

Fonte: coleta de dados

Na tabela 2 observa-se que a Clínica Médica foi a especialidade mais frequente entre os pacientes com úlcera de decúbito (5 pacientes), seguida pela Neurocirurgia (2 pacientes). Cirurgia Geral e Cabeça e Pescoço (1 paciente respectivamente)

Tabela 3: Distribuição dos pacientes segundo o diagnóstico de internação (CID-10). Marília SP, 1999

CID	Nº
Doenças cerebrovasculares	3
Transtornos neurológicos; transtornos relacionados com stress e transtornos somáticos	2
Outras formas de doença do coração	1
Sintomas e sinais relacionados ao aparelho digestório e abdomen	1
Doenças hipertensivas	1
Traumatismos da cabeça	1
Influenza (gripe) e pneumonia	1
Doenças pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)	1
Neo (tumores) de comportamento incerto ou desconhecido	1
Intoxicação por drogas, medicamentos e substâncias biológicas	1

Fonte: Base de dados da FAMEMA

Conforme a tabela 3, as patologias primárias mais frequentes foram as doenças cerebrovasculares, em 3 pacientes, seguido pelos transtornos neurológicos, transtornos relacionados com stress e transtornos somáticos.

Tabela 4: Distribuição das úlceras por pressão segundo a localização das lesões. Marília SP, 1999

LOCAL	N	%
Sacral	7	41,2
Glúteo	3	17,6
Calcâneo	4	23,5
Ísqquo	2	11,8
Trocanter	1	5,9

Fonte: coleta de dados

Na tabela 4 observa-se que os locais mais freqüentes para aparecimento de úlceras por pressão foram as regiões sacral e calcânea com 64,7% das lesões.

Em sua pesquisa, SCHUE & LANGEMO (1998) mostram que em Nakota (EUA), a região sacral foi a localização mais comum (46%), seguida de perto pela área calcâneo-maleolar (44%, n=20), e a maioria das úlceras por pressão (57%) eram grau II, 24% grau I, 15% grau III e 4% grau IV.

Tabela 5 : Distribuição das úlceras por pressão segundo o grau das lesões. Marília SP, 1999

GRAU DAS LESÕES	N	%
I	5	29,4
II	8	47,1
III	4	23,5

Fonte: coleta de dados

As lesões encontradas em nosso estudo, variaram do grau I ao III, sendo a de grau II a mais frequente, correspondendo a 47,1% das úlceras por pressão conforme tabela 5.

Segundo um estudo realizado no Canadá, em 1996, a prevalência de úlceras em grau II ou grandes úlceras foi de 13,6%; a taxa quando em grau I (vermelhidão persistente) foi de 29,7% (HARRISON, 1996).

Tabela 6: Distribuição dos pacientes segundo o tempo de internação. Marília SP, 1999

TEMPO DE INTERNAÇÃO	Nº
10 a 19 dias	4
20 a 29 dias	3
30 a 39 dias	1
40 a 49 dias	2
acima de 50 dias	2

Fonte: coleta de dados

Verificou-se que o tempo de internação dos pacientes variou de 5 a 63 dias, com a maioria entre 10 e 19 dias (30,7%), conforme a tabela 6. Neste estudo não foi possível correlacionar tempo de internação prolongado e maior número de lesões apresentadas

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, não há estatística precisa do número de pacientes que desenvolvem úlceras por pressão nos hospitais. No entanto, o aumento da número de idosos acima de 65 anos, na última década, vem resultando na elevação do índice do risco de desenvolvimento dessas lesões.

Acreditamos que, embora as úlceras por pressão possam ser desenvolvidas dependendo de vários fatores de risco, elas são consideradas iatrogênicas quando surgem durante a internação e refletem a qualidade da assistência prestada ao paciente hospitalizado em uma instituição. Embora seja pequena a incidência encontrada em nosso estudo (0,94%) representa um alto custo para o paciente, família e Instituição. Percebemos ainda neste estudo, uma noção errônea na definição de úlceras por pressão, pois grande parte da equipe de enfermagem não considera a úlcera de 1º grau como tal, e, provavelmente por isso, a maioria das lesões quando constatadas, já se encontravam em grau II.

Sugerimos a continuação deste estudo por períodos maiores de tempo para que possamos monitorar o aparecimento das úlceras por pressão, além da criação de um programa de conscientização em todos os setores do hospital através do Serviço de Educação Continuada no sentido de prevenção e reconhecimento precoce das lesões.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BERGSTROM, N. et al. Multi-site study of incidence of pressure ulcers and the relationship between risk level, demographic characteristics, diagnoses, and prescription of preventive interventions. *J. Am. Geriatr. Soc.*, n.44, v.1, p.22-30, Jan. 1996.
- BERKOW, R.; FLETCHER, A. J., eds. **Manual Merck de Medicina: diagnóstico e tratamento**. 15ed. São Paulo: Roca, 1990. Cap.240, p.2538-2539: Úlceras de decúbito.
- D'ASSUMPÇÃO, E. A. Escaras e úlcera de decúbito. IN: SILVA, A. L. **Cirurgia de Urgência**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1985. Cap. , p.709-720.
- FAINTUCH, J. Outros problemas do paciente operado. IN: FAINTUCH, J.; MACHADO, M. C. C. & RAIA, A. A. **Manual de pré e pós-operatório**. São Paulo: Mande, 1978. Cap. 80, p.709-720.
- HARRISON, M. B. et al. Practice guidelines for the prediction and prevention of pressure ulcers: evaluating the evidence. *Appl. Nurs. Res.*, v.9, n.1, p.9-17. Feb. 1996
- ISENBERG, J. S.; OZUNER, G.; RESTIFO, R. J. The natural history of pressure sores in a community hospital environment. *Ann. Plast. Surg.*, v.35, n.4, p.361-5, Oct. 1995.
- JURKIEWICZ, M. J. & STEVENSON. **Cirurgia plástica e reconstrutora**. IN: SCHWARTZ, S. I., ed. **Princípios de Cirurgia**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988, v.2. Cap. 51, p.2343-2396.
- PERNEGER, T. V. et al. Hospital-acquired pressure ulcers: risk factors and use of preventive devices. *Arch. Intern. Med.*, v.158, n.17, p.1940-1945, Sep. 1998.
- SCHUE, R. M.; LANGEMO, D. K. Pressure ulcer prevalence and incidence and a modification of the Braden Scale for a rehabilitation unit. *J. Wound Ostomy Continence Nurs.*, v.25, n.1, p.36-43, Jan. 1998.