

## **AVALIAÇÃO DO RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO POR MEIO DA ESCALA DE BRADEN EM IDOSOS INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Monteiro Pires Bastos Junior<sup>1</sup>; Francyele Alves da Paixão Nobre<sup>2</sup>; Charles Maurício Barros dos Santos<sup>3</sup>; Chrisllayne Carla Cavalcante Nascimento<sup>4</sup>; S rgia Maria do Carmo Matos<sup>5</sup>.

<sup>1</sup>Acad mico de enfermagem pelo Centro Universitário Tiradentes (mpiresbastos@outlook.com); <sup>2</sup>Acad mica de enfermagem pelo Centro Universitário Tiradentes (francyele\_alves@hotmail.com); <sup>3</sup>Acad mico de enfermagem pelo Centro Universitário Tiradentes (mauriciocharlles@gmail.com); <sup>4</sup>Acad mica de enfermagem pelo Centro Universitário Tiradentes (chrisllaynenascimento@gmail.com); <sup>5</sup> Enfermeira e preceptora do Centro Universitário Tiradentes (sergiaenfa@hotmail.com)

### **INTRODU O**

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) surge como unidade complexa, destinada ao atendimento de pacientes críticos, que demandam espaço físico específico, recursos humanos especializados e instrumentais tecnológicos avançados. Consideram pacientes críticos aqueles que apresentam condi es clínicas graves ou necessidade de controles mais frequentes e rigorosos, associados às terapias de maior complexidade, de caráter invasivo ou não<sup>1</sup>.

Dentro da UTI, pode-se observar a prevalência de caso de Lesão por pressão (LP), entendida aqui como altera o da integridade da pele decorrente da compressão não aliviada de tecidos moles entre uma proeminência óssea e uma superfície dura. A etiologia   multifatorial, incluindo fatores intr secos do paciente, como: extremos de idade, comorbidades, estado nutricional, hidrata o, perfusão tecidual, condi es de mobilidade e nível de consciência. E extr secos, como: cisalhamento, fric o, umidade e pressão, sendo essa, fator causal principal do desenvolvimento da lesão<sup>2,3</sup>.

O desenvolvimento da LP   fen meno complexo que envolve vários fatores relacionados com o paciente e com o meio externo, sendo a imobilidade o fator de risco de maior importância nos pacientes hospitalizados<sup>4</sup>. Pacientes idosos em cuidados intensivos, como em Unidade de Terapia Intensiva são propensos a LP devido   seda o, altera o do nível de consciência, suporte ventilatório, uso de drogas vasoativas, restri o de movimentos por período prolongado de tempo e instabilidade hemodinâmica<sup>5</sup>.

As LP sempre foram um problema para os serviços de saúde, especialmente para as equipes de enfermagem e multidisciplinar, como um todo, pela incidência, prevalência e particularidades de tratamento, prolongando a internat o e a morbidade dos pacientes. Essas condi es causam dor e sofrimento, muitas vezes desnecessários, bem como aumentam sobremaneira os custos diretos e indiretos<sup>6,7</sup>.

As LP afligem e desencorajam os pacientes, além de constituírem porta de entrada par a infecção, dificultarem a recuperação, aumentarem o tempo necessário de cuidados de enfermagem e, conseqüentemente, os custos, contribuindo par a o aumento da taxa de mortalidade em algumas clientelas. A perda de integridade da pele produz, então, significantes conseqüências para o indivíduo, para a instituição e para a comunidade<sup>8</sup>.

Dessa maneira, para a prevenção dos riscos de cada paciente conforme o desenvolvimento da LP existe um instrumento eficaz que o enfermeiro utiliza em sua assistência que é a escala de Braden (EB). Embora não tenha sido desenvolvida especificamente para pacientes criticamente enfermos, a escala é um importante instrumento para ser utilizada em UTI<sup>9</sup>. A EB fornece seis parâmetros para avaliação, pelas suas subescalas: 1- percepção sensorial; 2- umidade; 3- atividade; 4- mobilidade; 5- nutrição; 6- fricção e cisalhamento. Cada subescala tem pontuação que varia entre 1 e 4, com exceção do domínio fricção e cisalhamento que varia de 1 e 3. A somatória total fica entre os valores 6 e 23<sup>10</sup>.

Escore igual ou menor que 16 denota que o paciente adulto tem risco para o desenvolvimento de LP<sup>11</sup>, entretanto, na presença de outros fatores como idade maior que 65 anos, que são os casos dos indivíduos pesquisados para esta pesquisa, os pacientes com escores 17 e 18 também são considerados como pacientes de risco<sup>12</sup>.

Neste embasamento, este trabalho teve como objetivo mostrar por meio de relato de experiência como a EB é utilizada em idosos internados na UTI do Hospital Geral Sanatório e como essa escala é um instrumento de prevenção de risco para a lesão por pressão. Esse projeto é importante para toda comunidade acadêmica da área de saúde, principalmente para a enfermagem, uma vez que pacientes idosos internados em UTI apresentam um maior risco para o desenvolvimento da lesão por pressão, tanto pelo processo de envelhecimento, pela imobilidade do próprio estado comatoso e quanto por fatores extrínsecos, e é necessário intervir nesses riscos para o não aparecimento dessas lesões. E essa escala se mostrou um instrumento essencial do cuidado de enfermagem para a diminuição dessas lesões ou até o seu não surgimento.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa descritiva, avaliativa, bibliográfica e com abordagem qualitativa do tipo relato de experiência. Ao aporte bibliográfico foram utilizados artigos científicos nas bases de dados: SCIELO E MEDLINE. A metodologia qualitativa foi aplicada na experiência de um preceptor enfermeiro e de acadêmicos do décimo período de enfermagem do Centro Universitário Tiradentes – UNIT. O cenário deste relato de experiência é o Hospital Geral Sanatório localizado no

bairro do Farol, em Maceió, Alagoas. A coleta de dados do relato de experiência data do período de Agosto a Outubro de 2017. Para composição deste trabalho foi realizada uma avaliação com a escala de Braden com 20 idosos acima de 60 anos, sendo uma avaliação por paciente, sem distinção de sexo, cor, raça, patologia ou qualquer outro fator de exclusão, sendo único fator de inclusão ele estar internado na Unidade de Terapia Intensiva – UTI geral do Hospital Geral Sanatório e ter idade acima de 60 anos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quadro 1 – Modelo da escala de Braden utilizada para a avaliação:

ESCALA DE BRADEN		PONTUAÇÃO			
		1	2	3	4
Fatores de Risco	<b>Percepção sensorial</b>	Totalmente limitado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação
	<b>Umidade</b>	Completamente molhado	Muito molhado	Ocasionalmente molhado	Raramente molhado
	<b>Atividade</b>	Acamado	Confinado à cadeira	Anda ocasionalmente	Anda frequentemente
	<b>Mobilidade</b>	Totalmente	Bastante limitado	Levemente limitado	Não apresenta limitações
	<b>Nutrição</b>	Muito pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente
	<b>Fricção e Cisalhamento</b>	Problema	Problema potencial	Nenhum problema	-
	<b>Total</b>	<b>Risco brando 15 a 16</b>	<b>Risco moderado 12 a 14</b>	<b>Risco severo Abaixo de 11</b>	-

Para a composição do presente trabalho foram realizadas 20 avaliações em idosos, uma avaliação por idoso internado na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Geral Sanatório. Sendo assim, foi avaliado que dentre eles todos tinham risco para desenvolver lesão por pressão, pois todos possuíam escore menor que 16 e 05 idosos já apresentavam algum tipo de lesão.

Quadro 2 – Distribuição dos escores da escala de Braden na avaliação única por idoso internado na UTI geral:

Paciente	Escore da escala de Braden
Paciente 1	08
Paciente 2	11
Paciente 3	12
Paciente 4	11

Paciente 5	14
Paciente 6	08
Paciente 7	09
Paciente 8	14
Paciente 9	15
Paciente 10	15

Quadro 3 – Distribuição dos escores da escala de Braden na avaliação única por idoso que já apresentava algum tipo de lesão por pressão internado na UTI geral:

<b>Paciente</b>	<b>Escore da escala de Braden</b>
Paciente 1	08
Paciente 2	11
Paciente 4	11
Paciente 6	08
Paciente 7	09

## **CONCLUSÕES**

Diante do exposto, foi observado que a escala de Braden é um importante instrumento de avaliação do risco de lesão por pressão, principalmente em Unidade de Terapia Intensiva, lugar onde a maioria dos pacientes idosos estão acamados em estado comatoso, com uso de aparelhos externos que aumentam os riscos de lesão, além do próprio ambiente, da imobilidade, da umidade e da clínica da patologia que propicia cisalhamento de tecidos moles.

Entre a população estudada, ademais, verificou-se risco para o desenvolvimento da LP em todos os participantes, gerando uma preocupação para os profissionais que prestam assistência a esses pacientes. Além disso, alguns deles já apresentavam tal problema evidenciando uma maior assistência de enfermagem e cuidados para prevenir novas lesões. Por fim, esse instrumento pode ser utilizado pelos enfermeiros para auxiliar na identificação dos pacientes em risco de lesão e dos fatores de risco individuais para o planejamento das medidas preventivas, como mudança de decúbito, utilização de coxins, lençóis sem dobras, massagens, proteção de áreas de proeminência óssea, observação de sinais logísticos e de circulação sanguínea, direcionadas para o controle do problema.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Ciampone JT, Gonçalves LA, Maia FOM, Padilha KG. Necessidade de cuidados de enfermagem e intervenções terapêuticas em UTI: estudo comparativo entre pacientes idosos e não idosos. *Acta Paul Enferm.* 2006; 19:28-35.
- 2 Feijó CAR, Leite Júnior FO, Martins ACS, Furtado Júnior AH, Cruz LLS, Meneses FA. Gravidade dos pacientes admitidos à unidade de terapia intensiva de um hospital universitário brasileiro. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2006; 18:18-21.
- 3 Sarquis MGA. Orientações para a prática clínica no tratamento e prevenção de úlceras por pressão. In: Malagutti W, Kakihara CT, organizadores. *Curativos, estomias e dermatologia: uma abordagem multiprofissional.* São Paulo: Martinari Editora; 2010. p.223-33
- 4 Vollman KM. The right position at the right time: mobility makes a difference. *Intensive and Crit Care Nur* 2004; 20:179-82.
- 5 Fernandes LM. Úlceras de pressão em pacientes críticos hospitalizados. Uma revisão integrativa da literatura [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2000
- 6 Heames JS. Information link up. *Nurs. Times.*, v.91. n.22, p.68. 1995.
- 7 SMITH LN. et al. A critical of "at risk" pressur e sore assessment tools. *J. Clin. Nurs.*, v.4, n.3, p. 153-9, 1995.
- 8 Schue RM, Langemo DK. Pressur e Ulcer prevalence and incidence and a modification of Braden scale for rehabilitation unit. *J. Wound Ostomy Continenc e Nurs.* v.25, n.1, p.36-43.1998.
- 9 Paranhos WY, Santos VLCG. Avaliação do risco para úlcera de pressão por meio da Escala de Braden na língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP* 1999; 33:191-204.
- 10 Caliri MHL, Fernandes LM. 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 novembro-dezembro; 16(6).
- 11 Maklebust J, Sieggreen M. *Pressure ulcer: guidelines for prevention and nursing management.* Pennsylvania: Springhouse Corporation; 2000.
- 12 Wound Ostomy and Continence Nurses Society (WOCN). *Guideline for prevention and management of pressure ulcers.* WOCN Clinical Practice Guidelines Series. Glenview (IL): WOCN; 2003. 7. Paranhos WY.