

Úlcera por pressão no período transoperatório: ocorrência e fatores associados

Pressure ulcer in the transoperative period: occurrence and associated factors

Úlcera por decúbito transoperatorio: ocurrencia y factores asociados

Isabella Leonetti Saraiva¹, Maria de Fátima Corrêa Paula², Rachel de Carvalho³

RESUMO: Objetivos: Verificar a ocorrência de úlcera por pressão no Centro Cirúrgico e analisar os riscos e fatores associados. **Método:** Estudo retrospectivo, com abordagem quantitativa, baseado na análise de prontuários de pacientes que desenvolveram úlcera por pressão, entre janeiro e dezembro de 2011. **Resultados:** Quarenta pacientes (0,1%) desenvolveram úlcera por pressão, sendo a maioria do sexo masculino, com idade maior ou igual a 65 anos. As cirurgias mais realizadas foram as abdominais e cardíacas, na posição cirúrgica de decúbito dorsal horizontal, sob anestesia geral. A maioria dos pacientes teve algum risco para desenvolver úlcera por pressão, sendo a maior parte delas classificada em Estágio I, com incidência superior na região sacra. O principal dispositivo utilizado na prevenção foram os coxins. **Conclusão:** Embora a prevalência de úlcera por pressão nos pacientes da unidade de Centro Cirúrgico tenha sido baixa, o estudo evidencia uma realidade na qual o enfermeiro deve estar atento e planejar ações preventivas mais assertivas e resolutivas.

PALAVRAS-CHAVE: Úlcera por Pressão. Assistência Perioperatória. Período Perioperatório. Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT: Objectives: To verify the occurrence of pressure ulcer at the Surgical Room and analyze the risks and associated factors. **Method:** This is a retrospective study with quantitative approach, based on the analysis of patients' records, between January and December 2011. **Results:** Forty patients (0.1%) developed pressure ulcer, mostly men aged greater than or equal 65 years. The most performed surgeries were in the abdominal and thoracic sites, in horizontal surgical supine position and under general anesthesia. Most patients had some risk for developing pressure ulcer and most of these were Stage I, with the highest incidence in the sacral region. The main device used for prevention was the cushions. **Conclusion:** Although pressure ulcer prevalence of the patients in the Surgical Room was low, the study highlights a reality in which nurses must be aware and plan more assertive and resolving preventive actions.

KEYWORDS: Pressure Ulcer. Perioperative Care. Perioperative Period. Nursing Care.

RESUMEN: Objetivos: Verificar la incidencia de las úlceras por presión en el Centro Quirúrgico y analizar los riesgos y factores asociados. **Método:** Estudio retrospectivo con enfoque cuantitativo, basado en el análisis de los registros de pacientes que desarrollaron úlceras por presión, entre enero y diciembre de 2011. **Resultados:** Cuarenta pacientes (un 0,1%) desarrollaron úlceras por presión, en su mayoría hombres de edad mayor o igual a los 65 años. Las cirugías que más se realizaron fueron las abdominales y del corazón, en posición supina horizontal quirúrgica y anestesia general. La mayoría de los pacientes tenían algún riesgo de desarrollar úlceras por presión y la mayor parte de ellas eran clasificadas en Estadio I, con incidencia superior en la región sacra. **Conclusión:** A pesar de la prevalencia de úlceras por presión de pacientes en la unidad del Centro Quirúrgico tener sido baja, el estudio pone de relieve una realidad en la que la enfermera debe ser consciente y planificar acciones preventivas más assertivas y de resolución.

PALABRAS CLAVE: Úlcera por Presión. Atención Perioperativa. Período Perioperatorio. Atención de Enfermería.

¹Enfermeira pela Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein (FEHIAE) – São Paulo (SP), Brasil. E-mail: isabella.l.saraiva@gmail.com

²Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Cuidados Intensivos pela Universidade de São Paulo (USP). Docente dos Cursos de Graduação e Pós-graduação da FEHIAE – São Paulo (SP), Brasil.

³Enfermeira. Especialista em Cardiologia e em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização pela Universidade de São Paulo (USP). Docente dos Cursos de Graduação e Pós-graduação da FEHIAE – São Paulo (SP), Brasil.

Avenida Professor Francisco Morato, 4.293 – CEP: 05521-200 – Butantã – São Paulo (SP), Brasil – Telefone: (11) 2151-1001 – E-mail: rachel.carvalho@einstein.br

Introdução

A úlcera por pressão (UP) é definida como a lesão decorrente de uma pressão sob as proeminências ósseas, causando danos ao tecido, os quais podem ser desde uma simples hiperemia até uma importante necrose tecidual. O aparecimento da lesão é multifatorial, porém o principal fator desencadeante é a pressão exercida por um longo período^{1,2}.

As UP estão entre as lesões com maior custo para o tratamento e, apesar de serem passíveis de prevenção, têm grande prevalência e incidência em pacientes hospitalizados, principalmente naqueles em estado crítico¹.

Diante disso, torna-se extremamente necessária a avaliação eficaz dos pacientes quanto ao grau de risco para o desenvolvimento da UP, para que haja a implementação de medidas preventivas, a fim de evitar o aparecimento da lesão ou, até mesmo, um tempo maior de hospitalização³⁻⁵.

Além da condição clínica do paciente, a carga de trabalho da Enfermagem também é apontada como o ponto crítico para o seu aparecimento, visto que a UP é um indicador da qualidade assistencial aos pacientes que estão hospitalizados, por isso, caso as medidas de prevenção para a UP forem realizadas de forma eficaz, o risco do aparecimento deste tipo de lesão será minimizado^{3,6}.

A UP tem quatro estágios, que variam de I a IV. O critério para classificação de seu estadiamento ocorre conforme o comprometimento tecidual. O Estágio I é caracterizado pela presença de hiperemia, que não desaparece após alívio da pressão, diferenciada de uma reativa, que faz o contrário. No Estágio II, há perda do tecido cutâneo, podendo comprometer a derme, a epiderme ou ambas as camadas da pele. Caso a ferida cause danos ao tecido subcutâneo sem comprometer a fáscia muscular, será classificada como Estágio III, e qualquer uma que se estenda após a fáscia muscular é será como IV, comprometendo músculo, tendões e ossos¹.

Existem, na literatura, diversas escalas para predizer o risco de o paciente desenvolver uma UP, como de Norton, Gosnell, Waterloo e Braden. As escalas têm grande importância para a prática clínica, pois indicam e direcionam a necessidade de estratégias para diminuir a incidência da UP em determinada população¹.

Uma das escalas mais utilizadas é a de Braden, que avalia seis dimensões: estado nutricional do paciente, nível de mobilidade, nível de atividade física, percepção sensorial, fricção e cisalhamento e nível de umidade do paciente. Essas são graduadas de 1 a 4, com exceção de fricção e cisalhamento, que são de 1 a 3. O grau de risco varia de 6 a 23, e o paciente será classificado quanto ao risco, da seguinte forma: sem (escore acima de 20), baixo (escore de 18 a 20), moderado (escore de 12 a 17) e alto risco para o desenvolvimento de UP (escore de 6 a 8). A utilização de um instrumento para avaliação de risco não exclui o julgamento clínico e crítico do enfermeiro, que deve estar sempre presente⁷⁻⁹.

Cabe salientar que, mesmo em pacientes que já tenham a UP, a avaliação de risco deve ser continuamente realizada,

pois poderá prevenir a formação deste tipo de lesão em outras regiões do corpo¹⁰. Os locais que comumente necessitam de maior atenção são: região sacral, calcâneos, trocanteres e cotovelos, pelo fato de serem locais com maior proeminência óssea. É importante pontuar que as áreas de risco podem ser modificadas de acordo com o estado clínico do paciente¹.

É indiscutível o papel da Enfermagem na prevenção da UP, em qualquer unidade aonde o paciente esteja internado¹¹. No Centro Cirúrgico (CC), a UP pode aparecer algumas horas depois da cirurgia, pode não ser detectada por até três dias e pode não ser percebida durante o período da internação, ou seja, o paciente poderá manifestar a lesão no período de recuperação extra-hospitalar¹¹.

Desta forma, é muito importante que a equipe multiprofissional tenha conhecimento dos fatores da alta demanda do trabalho para, assim, garantir que o paciente tenha uma excelente qualidade do cuidado prestado¹².

Além dos fatores extrínsecos para o desenvolvimento da UP, outros intrínsecos, como presença de diabetes melito (DM), edema, desnutrição, obesidade e infecção, também são de extrema importância, pois são riscos não modificáveis e que podem ser decisivos no desenvolvimento da lesão¹.

A prevenção pode ser feita por meio da mudança de decúbito, que deverá ser realizada a cada duas horas, além de hidratação corporal, uso de protetores calcâneos, troca regular de fraldas, a fim de evitar umidade excessiva ao paciente e uso de colchões específicos, entre eles, o REM 300, o Isoflex e o colchão piramidal (caixa de ovos). Prevenir é o fator mais importante para o tratamento da lesão^{5,13}.

Uma revisão integrativa de literatura demonstrou que os dispositivos mais eficazes na prevenção contra lesões de pele no período perioperatório foram: colchão de ar micropulsante, cobertura do colchão de polímero de viscoelástico seco e almofadas de gel, sucessivamente¹⁴.

Sabe-se que o tratamento precoce da UP permite prevenir uma evolução da lesão para estadiamentos mais graves, além de diminuir o custo do tratamento, pois, quanto maior a evolução da lesão, maior será este custo¹⁵. A decisão do tratamento deverá ser feita em relação à cada UP, podendo ser continuamente modificada, conforme a regressão ou piora da lesão. Em pacientes portadores de lesão em Estágios III ou IV, que não respondem ao tratamento clínico, o cirúrgico é uma opção¹⁵.

Diante destas considerações, a presente pesquisa teve como proposta investigar a presença de UP no CC, com o intuito de conhecer as características contextuais dos pacientes cirúrgicos que desenvolveram tal lesão e propor ações preventivas.

Objetivos

Verificar a ocorrência e as características dos pacientes que desenvolveram UP no CC e analisar o risco e os fatores associados às características destes pacientes para o desenvolvimento de UP.

Método

Trata-se de um estudo retrospectivo, com análise quantitativa dos dados. Foi realizado na unidade do CC de um hospital privado, de grande porte, localizado na zona Sul do município de São Paulo, a partir da análise dos prontuários de pacientes cirúrgicos.

A população englobou aqueles submetidos a procedimentos cirúrgicos no CC da Instituição sede do estudo, de janeiro a dezembro de 2011, totalizando 38.000 cirurgias. Para obter a amostra e os dados, foram avaliados os prontuários digitalizados no banco de dados eletrônico. A amostra para análise da prevalência incluiu todos os pacientes que desenvolveram UP durante o evento cirúrgico no período estipulado (01 de janeiro a 31 de dezembro de 2011), totalizando 40 pacientes (incidência de 0,1%). Esses dados foram obtidos mediante análise dos registros de enfermagem nos prontuários, utilizando-se as seguintes fontes: anotações de enfermagem (enfermeiros e técnicos), prescrições e evoluções de enfermagem (enfermeiros), prescrição e evolução médica (equipe médica).

Para o levantamento das características do portador de UP no CC, empregou-se um formulário, tendo como fonte de informação os prontuários dos pacientes e contemplando os seguintes itens: dados demográficos (idade, gênero e data de internação); dados clínicos (diagnóstico médico e antecedentes clínicos); informações sobre a cirurgia realizada (tipo de anestesia, posição cirúrgica e duração da cirurgia); inspeção da pele e classificação de risco (sem, baixo, moderado e alto risco); estadiamento da UP (Estágio I, II, III ou IV); locais de desenvolvimento da UP (sacra, calcâneos, maléolos, occipital, face, orelhas, trocanteres, glúteos, pés, joelhos, escápula, crista ilíaca, outro) e medida preventiva utilizada.

A avaliação dos registros das equipes de enfermagem e médica forneceu subsídios para preencher o instrumento para a coleta de dados.

Os dados foram reunidos após aprovação do projeto de pesquisa pela Comissão Científica e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Instituição, sob parecer nº 34937. A coleta de dados ocorreu em junho e agosto de 2012, seguindo os passos:

- **Fase 1** – no Centro de Informações Estatísticas da Instituição, foram identificados os prontuários dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos de janeiro a dezembro de 2011;
- **Fase 2** – do total de pacientes operados, foram elegíveis os 40 prontuários dos pacientes que desenvolveram a UP;
- **Fase 3** – procedeu-se à coleta de dados no prontuário eletrônico de cada um dos 40 pacientes, preenchendo-se o *checklist*, após análise dos registros de enfermagem e médicos.

Os dados obtidos a partir do formulário foram organizados e digitados em planilhas do *Excel 2010 for Windows* para o adequado armazenamento das informações. Em seguida, foram tabulados de forma cronológica (de janeiro a dezembro), a fim de verificar se houve maior incidência de UP em determinado mês. Os resultados foram apresentados em números absolutos e percentuais, diagramados por meio de tabelas e figuras.

Resultados

Entre os 40 pacientes que apresentaram UP, 24 (60,0%) eram do gênero masculino e 16 (40,0%) do feminino. Todos mostraram apenas um local de desenvolvimento de UP.

Quanto à faixa etária, verificou-se que à medida que a idade avançou, houve aumento no desenvolvimento de UP. A maior incidência foi entre pacientes com 65 anos ou mais (16; 40,0%), conforme verifica-se na Tabela 1.

Quanto aos antecedentes clínicos (Tabela 2), dos 40 sujeitos que tiveram seus prontuários analisados, 22 (55,0%) eram portadores de alguma patologia crônica, sendo que a maior incidência foi de hipertensão arterial sistêmica – HAS (18; 34,0%), seguida de DM (9; 17,0%). Além disso, observou-se que nove pacientes (22,5%) apresentaram mais de um antecedente clínico, sendo que todos estes tiveram hipertensão associada a outra comorbidade (Tabela 2).

No que diz respeito à classificação do porte da cirurgia à qual os pacientes foram submetidos, houve predominância daquelas de grande porte (26; 65,0%), seguidas das de médio (11; 27,5%) e pequeno (3; 7,5%) portes. Foram classificadas como cirurgias de pequeno porte, segundo o risco cardiológico, os procedimentos em que o paciente tem possibilidade reduzida de perder sangue e fluidos; médio, quando há probabilidade mediana disso e grande, quando há maior possibilidade de tal condição ocorrer¹⁶⁻¹⁷.

Quanto ao tipo de cirurgia, foram identificadas nove diferentes especialidades. As cirurgias abdominais e cardíacas foram as de maior incidência, com oito pacientes (20,0%) para cada uma (Tabela 3).

Quanto à posição cirúrgica na qual o paciente permaneceu durante a cirurgia, pôde-se verificar predominância de decúbito dorsal horizontal (DDH), em 70,0% dos casos (n=28), seguida de decúbito ventral (6; 15,0%), decúbito lateral esquerdo (4; 10,0%) e posição de litotomia/ginecológica (2; 5,0%).

Tabela 1. Pacientes que desenvolveram úlcera por pressão no Centro Cirúrgico, segundo a faixa etária, São Paulo, 2014.

Faixa etária	n	%
5 meses a 10 anos	3	7,5
11 a 21 anos	3	7,5
22 a 32 anos	4	10,0
33 a 43 anos	5	12,5
44 a 54 anos	4	10,0
55 a 65 anos	5	12,5
66 a 76 anos	7	17,5
77 a 87 anos	7	17,5
88 a 98 anos	2	5,0
Total	40	100,0

Tabela 2. Pacientes que desenvolveram úlcera por pressão no Centro Cirúrgico, segundo os antecedentes clínicos, São Paulo, 2014.

Antecedentes clínicos	n*	%
Hipertensão arterial sistêmica	18	34,0
Diabete melito	09	17,0
Neoplasia	04	7,5
Insuficiência cardíaca	03	5,7
Nenhum antecedente	19	35,8
Total	53	100,0

*o número de antecedentes clínicos ultrapassa a quantidade de sujeitos, pois nove pacientes apresentaram mais de uma patologia associada.

Tabela 3. Pacientes que desenvolveram úlcera por pressão no Centro Cirúrgico, segundo as especialidades cirúrgicas, São Paulo, 2014.

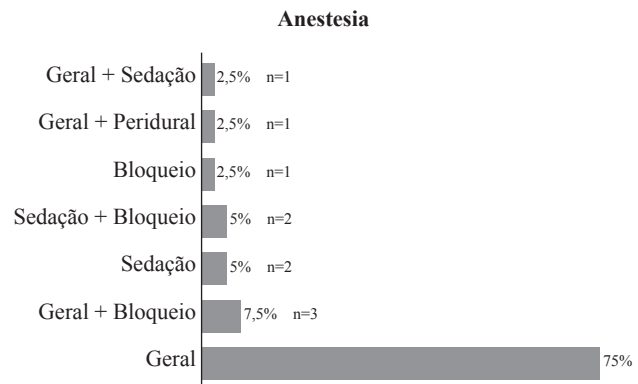
Especialidade cirúrgica	n	%
Abdominal	08	20,0
Cardíaca	08	20,0
Ortopédica	06	15,0
Torácica	06	15,0
Plástica	04	10,0
Oncológica	03	7,5
Neurológica	02	5,0
Ginecológica	02	5,0
Urológica	01	2,5
Total	40	100,0

No tocante à anestesia utilizada para realização do procedimento cirúrgico, houve predominância da anestesia geral (30; 75,0%), como se pode verificar na Figura 1.

Quanto à classificação de risco para o desenvolvimento de UP, segundo a Escala de Braden, mais da metade dos pacientes (21; 52,5%) demonstrava algum tipo de risco (Tabela 4). A maior parte dos sujeitos com risco confirmado teve risco moderado de desenvolver UP (nove; 22,5%). Desta forma, 19 pacientes (47,5%) que desenvolveram UP, *a priori*, não apresentavam nenhum tipo de risco de desenvolvê-la.

Quanto ao estágio da UP desenvolvida pelos pacientes no CC, verificou-se prevalência quase unânime do Estágio I, em 38 pacientes (95,5%), seguidos por 2 (5,0%) que apresentaram lesões no II.

No que se refere à localização das UP indicadas pelos pacientes cirúrgicos, foi predominante a região sacra (11; 42,5%), seguida dos calcâneos (8; 20,0%), como se pode constatar na Tabela 5.

**Figura 1.** Pacientes que desenvolveram úlcera por pressão no Centro Cirúrgico, segundo o tipo de anestesia ao qual foram submetidos, São Paulo, 2014 (n=30).**Tabela 4.** Pacientes que desenvolveram úlcera por pressão no Centro Cirúrgico, segundo a classificação de risco pela Escala de Braden, São Paulo, 2014.

Classificação de risco pela Escala de Braden	n	%
Sem risco	19	47,5
Moderado risco	9	22,5
Alto risco	7	17,5
Baixo risco	5	12,5
Total	40	100,0

Tabela 5. Pacientes que desenvolveram úlcera por pressão no Centro Cirúrgico, segundo a localização da lesão, São Paulo, 2014.

Localização da úlcera por pressão	n	%
Sacra	17	42,5
Calcâneos	8	20,0
Face	6	15,0
Trocânteres	3	7,5
Glúteo	3	7,5
Interglúteo	1	2,5
Occipital	1	2,5
Pés	1	2,5
Total	40	100,0

Dos 40 pacientes que desenvolveram UP no CC, 26 (65,0%) receberam medidas preventivas, incluindo uso de coxins em 17 deles (42,5%) e protetores calcâneos em nove (22,5%). Desta forma, não constava em prontuário nenhuma anotação que demonstrasse a utilização das medidas de prevenção em 14 pacientes (35,0%).

Discussão

Observou-se a prevalência de 0,1% de UP, ou seja, 40 pacientes submetidos ao procedimento cirúrgico de janeiro a dezembro de 2011, quando foram realizados 38.000 procedimentos anestésico-cirúrgicos. Embora o evento da UP em unidades de CC seja conhecido na literatura, ainda há poucas referências epidemiológicas sobre sua prevalência e incidência.

Um estudo realizado nos Estados Unidos com 4.281 pacientes mostrou um total de 13% de UP após procedimentos cirúrgicos². Quando analisamos o nosso resultado, parece haver uma quantidade pequena ao compararmos com o número total de procedimentos cirúrgicos realizados na instituição de estudo.

A pesquisa mostrou que houve predominância do gênero masculino entre os pacientes que desenvolveram UP (24; 60,0%). Com relação à faixa etária, observou-se maior incidência em pacientes com idade maior ou igual a 65 anos (16; 30,0%).

É relevante considerarmos que a pele de pessoas idosas apresenta maior fragilidade, em função da diminuição da elasticidade e textura, maior dificuldade de cicatrização e diminuição do número de células para reposição, o que aumenta o risco para UP, que pode justificar a prevalência neste grupo². Em um estudo realizado com 14 pacientes idosos cirúrgicos, admitidos na sala de recuperação anestésica, foi constatado que seis deles apresentaram alterações de pele, incluindo hiperemias, escoriações e hematomas, decorrentes do posicionamento cirúrgico e das falhas na utilização dos recursos de proteção¹⁸.

A maioria dos pacientes era portador de pelo menos uma comorbidade, e o antecedente clínico mais incidente foi HAS, seguido do DM.

A presença dessas comorbidades aumenta o risco para UP, uma vez que compromete a perfusão tissular¹⁹. A HAS é um desencadeador de doenças cardíacas e prejudica o fluxo sanguíneo, devido à diminuição do débito cardíaco, que leva à redução da perfusão tissular, ou seja, há maior chance para o desenvolvimento das lesões, pois existem locais com menor circulação sanguínea²⁰. O DM sobrepõe a fisiopatologia da HAS, também diminuindo o débito cardíaco. Além disso, se o paciente desenvolver UP terá maior dificuldade de cicatrização por causa da dificuldade de reposição das células endoteliais¹.

Quando associados os fatores de risco de comorbidades e idade avançada, as chances de desenvolver UP são maiores.

Os pacientes foram submetidos, em sua maioria, a cirurgias de grande e médio porte (65,0 e 27,5%, respectivamente).

Dentre os procedimentos cirúrgicos realizados, houve predominância das cirurgias abdominais e cardíacas (20,0% cada especialidade). A anestesia de escolha foi a geral, em 75,0% dos casos.

De acordo com a literatura, cirurgias de grande porte geram maiores riscos para o desenvolvimento da UP, em função do maior tempo de duração e imobilização. Desta forma, há diminuição da perfusão tissular, podendo causar hiperemia, ou, em casos mais extremos, isquemia, que pode levar à necrose¹⁹.

Quanto à escolha do procedimento anestésico, a anestesia geral propicia maior ausência de sensibilidade e pode ser utilizada por períodos mais prolongados, como nas cirurgias de grande porte. Porém, este tipo pode prejudicar a troca de oxigênio e gás carbônico, pois o corpo perde os mecanismos de compensação e pode ficar suscetível ao desenvolvimento de lesões¹⁹.

Uma investigação mostrou que a chance de desenvolvimento de UP em pacientes submetidos à anestesia geral é 4,8 vezes maior do que naqueles que passaram por outros tipos¹⁹. No presente estudo, verificou-se que a anestesia geral foi a mais utilizada nos pacientes que desenvolveram lesões de pele.

Neste estudo, evidenciou-se predominância na posição de DDH, em 70,0% dos pacientes, o que é coerente à informação que obtivemos de que as cirurgias mais realizadas foram as de abdome e as cardíacas, as quais exigem que o paciente permaneça nesta posição.

Quanto ao estágio da UP desenvolvida pelos pacientes decorrentes de procedimento cirúrgico, verificou-se predominância quase unânime do Estágio I da lesão (95,0%). Resultado semelhante foi encontrado em outro estudo sobre a UP em pacientes cirúrgicos, quando os autores também identificaram que a lesão de Estágio I foi a mais frequente¹⁹.

A identificação do estágio de uma UP é relevante, já que úlceras no Estágio I têm melhor desfecho terapêutico do que nos mais avançados, pois evoluem para melhora da região, com recuperação total da integridade da pele. O diagnóstico precoce da lesão e o tratamento no pós-operatório são de extrema importância para a manutenção da integridade cutânea do paciente²⁰.

As lesões tendem a acontecer, na grande maioria, em proeminências ósseas submetidas a uma superfície de pressão por certo tempo. Constatamos, nesta pesquisa, que os locais de maior aparecimento de UP foram a região sacra (42,5%) e os calcâneos (20,0%), devido ao posicionamento em DDH. Mesmo com o uso de dispositivos, tais como protetores de calcâneos, são regiões de proeminências ósseas muito sensíveis à pressão local¹.

A maior parte das lesões tem seu início na sala de operação e pode seguir se agravando no pós-operatório imediato. Em tal momento, a equipe de enfermagem deve estar o mais atenta possível em relação aos dispositivos de proteção e às dobras nos lençóis, por exemplo. Deve-se verificar qualquer dispositivo que, ao invés de estar prevenindo a lesão, esteja levando à sua piora²⁰.

Ao analisarmos a questão do risco para UP e as medidas preventivas utilizadas, verificamos que 52,5% dos pacientes

tinham algum risco para UP e 62,5% receberam algum tipo de prevenção, incluindo uso de coxins, tipo gel e polímero (42,5%) e protetores calcâneos (20,0%), o que indica que, mesmo com a utilização de dispositivos para prevenção, alguns pacientes desenvolveram lesões cutâneas.

É relevante comentarmos que o manejo das medidas preventivas deve ser avaliado e reavaliado, pois existem no mercado vários dispositivos e medidas para proteção cutânea e prevenção de UP.

Além disso, observou-se que 47,5% dos pacientes não tinham nenhum risco para UP e, destes, 10,0% receberam algum tipo de medida preventiva, ou seja, a avaliação do risco indicado pela Escala de Braden pode não ter sido o único critério adotado pela equipe de enfermagem para implementação das medidas preventivas, o que foi uma medida assertiva, visto que, mesmo assim, alguns desenvolveram UP.

A Escala de Braden ajudou na classificação dos pacientes de risco, porém, aqueles que foram classificados como sem risco para UP, também desenvolveram lesões. Esta escala avalia os seguintes domínios: percepção sensorial, atividade, mobilidade, umidade, estado nutricional e fricção e cisalhamento. Neste caso, o estudo nos leva a dois questionamentos: A Escala de Braden é adequada para a realidade dos pacientes nas unidades de CC? e Além da aplicação da Escala de Braden, deve haver maior critério clínico por parte do enfermeiro, quando se trata de pacientes cirúrgicos? Essas são questões para serem repensadas e respondidas em novos estudos sobre o tema.

A avaliação clínica e contextualizada deve ser implementada de forma individualizada. O enfermeiro do CC deve ser cada vez mais um gerenciador do cuidado de cada paciente no momento do procedimento anestésico-cirúrgico. Ele deve prezar pelo bem-estar do paciente e tomar as medidas preventivas corretas, a fim de prevenir danos, oferecendo as melhores condições ambientais e de segurança para sua recuperação¹⁴.

Os autores de um estudo espanhol, realizado em Madrid, consideram as UP como um dos eventos adversos de maior incidência nas unidades de cuidados intensivos cirúrgicos. Para prevenir e reduzir a incidência de tais lesões, a Instituição do estudo investiu na realização de intervenções educativas, por meio de uma pesquisa quasi-experimental, que avaliou a incidência e gravidade das lesões. Os resultados mostraram que houve diminuição dela em pacientes cirúrgicos após a aplicação da intervenção formativa²¹.

Desta forma, sabe-se que a UP é uma lesão passível de prevenção, que requer a implementação de medidas de prevenção e o empenho de toda a equipe responsável pelo tratamento do paciente cirúrgico.

Vale refletir que nem todas as formas de prevenção podem estar sendo utilizadas corretamente, e, ao invés de prevenir a UP, se mal aplicadas, podem causar ou contribuir para o desenvolvimento das lesões cutâneas. Assim, cabe ao enfermeiro que atua no CC, juntamente com a equipe de enfermagem e cirúrgica, realizar avaliação criteriosa de

cada paciente, a fim de designar qual dispositivo vai ser usado nos pacientes submetidos a um determinado procedimento. Acreditamos que, com uma visão holística, pode-se levar em consideração os fatores individuais e, portanto, reduzir a taxa de lesões cutâneas em pacientes submetidos a procedimentos anestésico-cirúrgicos.

Conclusão

Embora estatisticamente a prevalência de UP nos pacientes da unidade de CC seja baixa (0,1%), ainda assim, a pesquisa evidencia uma realidade na qual o enfermeiro deve estar atento a planejar ações preventivas mais assertivas e resolutivas.

Verificou-se que as características dos pacientes que desenvolveram UP no CC foram gênero masculino (24; 60,0%), com idade maior ou igual a 65 anos (16; 40,0%), tendo como patologias associadas a HAS (18; 45,0%) e o DM (9; 22,5%). A posição cirúrgica mais utilizada foi o DDH (28; 70,0%) e a anestesia mais empregada foi a geral (30; 75,0%). A maioria dos pacientes (21; 52,5%) foi classificada como tendo algum risco de desenvolver UP. A maior parte das UP (28; 95%) estava no Estágio I, sendo desenvolvidas, principalmente, na região sacra (17; 42,5%). O dispositivo mais empregado para prevenção de tais lesões foram os coxins (17; 42,5%).

Ao analisar o risco e os fatores associados às características dos pacientes para o desenvolvimento de UP, pode-se evidenciar o quanto este tipo de lesão é multifatorial e que a faixa etária não pode ser considerada como fator independente para prever o risco deste tipo de lesão. Desta forma, há a necessidade de se avaliar cada indivíduo integralmente, visto que, neste estudo, as cirurgias foram de pequeno, médio e grande portes, havendo variação do tempo do procedimento e, conseqüentemente, de exposição à superfície. É indiscutível o fato de que as comorbidades podem ter contribuído para o surgimento das UP em alguns dos indivíduos deste grupo, porém observou-se que, mesmo indivíduos sem comorbidades, desenvolveram UP.

Quanto às medidas preventivas, elas foram implementadas em 62,5% dos casos, mesmo naqueles pacientes que não tinham risco identificado. A evidência de UP, no grupo de sujeitos sem risco predeterminado, indica a necessidade de uma revisão do instrumento e da técnica utilizada para avaliar pacientes expostos a uma certa condição aguda específica, no caso, a submissão a um procedimento anestésico-cirúrgico.

Referências

1. Irion GL. Feridas: novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2005. Úlceras de pressão; p. 120-40.
2. Gomes FSL, Bastos MAR, Matozinhos FP, Temponi HR, Meléndez GV. Fatores associados à úlcera por pressão em pacientes internados nos centros de terapia intensiva de adultos. Rev Esc Enferm USP. 2010;44(4):1070-6.

3. Cremasco MF, Wenzel F, Sardinha FM, Zanei SSV, Whitaker IY. Úlcera por pressão: risco e gravidade do paciente e carga de trabalho de enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2009;22:897-902.
4. Souza TS, Maciel OB, Méier MJ, Danski MTR, Lacerda MR. Estudos clínicos sobre úlcera por pressão. *Rev Bras Enferm.* 2010;63(3):470-6.
5. Giglio MM, Martins AP, Dyniewicz AM. Análise do grau de dependência e predisposição à úlcera por pressão em pacientes de hospital universitário. *Cogitare Enferm.* 2007;12(1):62-8.
6. Louro M, Ferreira M, Póvoa P. Avaliação de protocolo de prevenção e tratamento de úlceras de pressão. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2007;19(3):337-41.
7. Sousa, CA, Santos I, Silva LD. Aplicando recomendações da escala de Braden e prevenindo úlceras por pressão: evidências do cuidar em enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2006;59(3):279-84.
8. Araújo CRD, Lucena STM, Santos IBC, Soares MJGO. A enfermagem e a utilização da escala de Braden em úlcera por pressão. *Rev Enferm UERJ.* 2010;18(3):359-64.
9. Rocha ABL, Barros SMO. Avaliação de risco de úlcera por pressão: propriedades de medida da versão em português da escala de Waterlow. *Acta Paul Enferm.* 2007;20(2):143-50.
10. Gomes FSL, Bastos MAR, Matozinhos FP, Tempono HR, Meléndez GV. Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;19(1):58-63.
11. Walton-Geer PS. Prevention of pressure ulcers in the surgical patient. *AORN.* 2009;89(3):538-52.
12. Gonçalves LA, Padilha KG. Fatores associados à carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Rev Esc Enferm USP.* 2007;41(4):645-52.
13. Anselmi ML, Peduzzi M, França Junior I. Incidência de úlcera por pressão e ações de enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(3):257-64.
14. Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev Latino-Am Enferm.* 2006;14(1):241-31.
15. Rocha JA, Miranda MJ, Andrade MJ. Abordagem terapêutica das úlceras de pressão: intervenções baseadas na evidência. *Acta Med Port.* 2006;19:29-38.
16. Moraes MW, Carvalho R. A inserção do centro cirúrgico na assistência à saúde. In: Carvalho R, Bianchi ERF, organizadoras. *Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação.* Barueri (SP): Manole; 2010. p. 1-21.
17. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC). *Práticas recomendadas SOBECC: centro de material e esterilização, centro cirúrgico, recuperação pós-anestésica.* 6 ed. São Paulo SOBECC/Manole; 2013. Parte II – Centro Cirúrgico, p. 114-255.
18. Bentlin AC, Grigoletto ARL, Avelar MCQ, Sundfeld MCK. Lesões de pele decorrentes do posicionamento cirúrgico no cliente idoso. *Rev SOBECC.* 2012;17(2):56-63.
19. Scarlatti KC, Michel JLM, Gamba MA, Gutiérrez MGR. Úlcera por pressão em pacientes submetidos à cirurgia: incidência e fatores associados. *Rev Esc Enferm USP.* 2011; 45(6):1372-9.
20. Carneiro GA, Leite RCBO. Lesões de pele no intra-operatório de cirurgia cardíaca: incidência e caracterização. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45(3):611-6.
21. Picatoste MJW, Barreira AS, Pestonit MTM, Villar SR, Baña MAP, Álvarez AMM et al. Efectividad de una intervención formativa en prevención de úlceras por presión en una unidad de cuidados intensivos quirúrgica: un estudio cuasi experimental. Madrid. *Gerokomos.* 2012;23(3):128-31.