

Fatores Associados à Ocorrência de Úlcera por Pressão em Lesados Medulares - Editorial

Marco Antonio Ferreira Alves

Fisioterapeuta e Professor de Educação Física; Docente da UNISANTA (Santos);
Pós-graduando do Setor Neuro-Sono da UNIFESP, São Paulo-SP, Brasil.

O estudo de Costa *et al.*¹ mostra dados importantes sobre os fatores associados com a prevalência de úlcera de pressão (UP) em lesados medulares. Há uma série de outras doenças e condições que necessitam de períodos prolongados no leito, hospitalar ou domiciliar, que não permitem mudanças posturais por serem contra indicadas ou não serem realizadas pela negligência dos profissionais ou por falta de orientação aos cuidadores do paciente. Também há o caso de pacientes que utilizam cadeira de rodas que podem apresentar UP pelo contato e movimento do corpo com a cadeira de rodas. Essas condições caracterizam fatores predisponentes às UP. A UP é definida como uma área de lesão localizada da pele e dos tecidos subjacentes, causadas por pressão, tensão tangencial, fricção e/ou combinação destes fatores entre uma proeminência óssea e uma determinada superfície externa, por um longo período de tempo e que pode conduzir à morte celular²⁻⁴. Embora as UP sejam consideradas como co-morbidades, muitas vezes caracterizam-se como verdadeiras doenças ou síndromes pela dimensão no contexto biopsicossocial³, afetando a recuperação e a qualidade de vida do paciente e dos seus cuidadores, exigindo mais procedimentos hospitalares, maior período de internação com maior custo econômico para os serviços de saúde⁴. Assim, o conhecimento da sua fisiopatologia e dos fatores predisponentes, permite a adoção de diretrizes que incluam avaliação de risco e a implementação de medidas preventivas⁴ e também do tratamento mais precoce e eficaz quando as UP estiverem instaladas. Apesar dos avanços nos cuidados à saúde, a prevalência das UP permanece elevada, particularmente nos doentes hospitalizados. O estudo de Costa *et al.*¹ mostrou prevalência de 65,1% nos pacientes durante o período de internação e a maioria das UP ocorreu na tuberosidade isquiática com recidiva de 63% no mesmo local da lesão anterior.

Rocha *et al.*⁴ citam os seguintes dados epidemiológicos sobre as UP: frequência geral nos pacientes hospitalizados de 2,7 a 29%; de 33% nos pacientes internados em UTI. Nos pacientes com lesão da medula espinal 34% desenvolvem UP durante o período de internação inicial; 30 a 40% desenvolvem UP nos primeiros 5 anos após lesão; 50 a 80% desenvolvem UP pelo menos uma vez na vida. As UP estiveram associadas com 5 a 8 vezes mais tempo de internação; recidiva de 36% independentemente de tratamento cirúrgico ou conservador; aumento do risco de morte de 4 a 5 vezes comparado com pacientes com o mesmo risco prévio de morte que não desenvolveram UP. As regiões mais frequentes são: tuberosidade isquiática (24%), sacrococcígea (23%), trocantérica (15%), e calcânea 8(%). Outras regiões incluem maléolos laterais (7%), cotovelos (3%), região occipital e região escapular (1%). O mesmo estudo³ caracteriza os fatores associados ao desenvolvimento das UP em: 1- fatores extrínsecos, que dependem dos cuidados dos profissionais e cuidadores como a pressão (principal mecanismo) que excede a capacidade de perfusão do tecido (32mmHg) e dependente da intensidade e duração, e da área de superfície; forças de tensão e de fricção durante o deslocamento do corpo sobre a pele fixa numa superfície externa como em transferências mal executadas em que o paciente é arrastado sem ser elevado ou quando o paciente está num determinado decúbito e o corpo escorrega; umidade excessiva resultante de incontinência urinária e/ou fecal, sudorese ou secreções em geral sem a devida higiene; e 2- fatores intrínsecos, relacionados com o imobilismo de pacientes com lesão da medula espinal, lesões encefálicas e pós-operatórios, principalmente de cirurgias ortopédicas e traumatológicas; alterações da sensibilidade como ocorre em algumas patologias neurológicas; patologias que levam à incontinência urinária e/ou fecal; alterações do estado da

consciência; faixa etária menor que 5 anos e maior que 65 anos; gênero masculino; má perfusão tecidual como em patologias vasculares, anemia, diabetes, uso de fármacos vasodpressores, tabagismo, nefropatias e sepse; estado nutricional⁵ como diminuição da massa corporal maior que 10%, linfopenia (<1800/mm³), hipoalbuminemia (<3,5mg/dL), hipoproteinemia (<6,4g/dL). Para prever o risco de UP, a escala de Braden apresenta maior confiabilidade, especificidade e sensibilidade, sendo composta de elementos considerados críticos que incluem: percepção sensorial, mobilidade, atividade, umidade, fricção e cisalhamento³. A adoção de medidas preventivas^{4,5} reduz o risco de UP entre 25 a 50% e estas incluem, basicamente, a extratificação do risco de UP pela escala de Brade^{3,4}. Manter a pele limpa e seca e controle do esvaziamento vesical/urinário e suporte nutricional⁶ são entendidos como medidas gerais de prevenção. Em pacientes com risco moderado a alto de UP é necessária a inspeção visual e tátil da pele em áreas de risco de 1 a 2 vezes ao dia e a identificação dos fatores de risco intrínsecos, extrínsecos e precipitantes. A redução dos fatores extrínsecos⁴ incluem a mudança de decúbito assim que a condição clínica permita, se possível a cada 2 horas; decúbitos laterais a 30°; cabeceira com elevação inferior a 30°; uso de almofadas ou cunhas de espuma para evitar contato das áreas de risco; mobilização passiva e/ou ativa precoce. Caso o paciente use cadeira de rodas o posicionamento deve considerar a distribuição do peso corporal, o alinhamento postural e a posição dos pés. Sempre que possível, o paciente deve ser orientado a realizar a cada 15/20 minutos transferência do peso por meio de puxadores ou movimentos de flexão/extensão e/ou inclinações laterais do tronco e, se isso não for possível, é importante que o mesmo não permaneça por mais de 2 horas consecutivas

na cadeira de rodas. Se houver condição deve ser prescrita cadeira de rodas com mecanismos automáticos para transferência de peso. Nas transferências é importante não arrastar o paciente e podem ser usados dispositivos de elevação, rolamento, ou mesmo lençóis, além de uma boa técnica do profissional ou cuidador. Há dispositivos para redução da pressão e da fricção como calcanheiras, cotoveleiras, almofadas para cadeira de rodas e para leito como o tipo de cama e colchão. Entendemos que a prevenção das UP deve ser um objetivo de tratamento das várias patologias ou condições que a predispõe e que depende de intervenções interprofissionais cujo sucesso baseia-se nos programas de educação e treinamento e na avaliação sistemática e rigorosa dos resultados.

REFERÊNCIAS

- Costa RC, Caliri MHL, Costa LS, Gamba MA. Fatores Associados À Ocorrência de Úlcera Por Pressão em Lesados Medulares. *Rev Neurocienc* 2013;21(1):60-68.
<http://dx.doi.org/10.4181/RNC.2013.21.796.9p>
- Louro M, Ferreira M, Póvoa P. Avaliação de Protocolo de Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão. *Rev Bras Terapia Inten* 2007;19:337-41.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2007000300012>
- Paranhos W, Santos V L. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da escala de Braden na Língua Portuguesa. *Rev Esc Enf USP* 1999;33:191-206.
- Rocha JA, Miranda MJ, Andrade MJ. Abordagem terapêutica das úlceras de pressão - Intervenções baseadas na evidência. *Acta Med Port* 2006;19:29-38.
- Niederhauser A, VanDeusen LC, Parker V, Avell EA, Zulkowski K, Berlowitz D. Comprehensive programs for preventing pressure ulcers: a review of the literature. *Adv Skin Wound Care* 2012;25:167-88.
<http://dx.doi.org/10.1097/01.ASW.0000413598.97566.d7>
- Brito PA, Generoso SV, Correia MI. Prevalence of pressure ulcers in hospitals in Brazil and association with nutritional status-A multicenter, cross-sectional study. *Nutrition* 2013;29:646-9.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.nut.2012.11.008>