

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM EM ESTOMATERAPIA**

CAROLINA GOSMANN ERICHSEN

**CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES INTERNADOS COM ÚLCERAS POR
PRESSÃO EM HOSPITAL DE GRANDE PORTE DE PORTO ALEGRE – comparação
entre isolamento de contato e áreas abertas**

Porto Alegre

2016

Carolina Gosmann Erichsen

CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES INTERNADOS COM ÚLCERAS POR
PRESSÃO EM HOSPITAL DE GRANDE PORTE DE PORTO ALEGRE – comparação
entre isolamento de contato e áreas abertas

Artigo apresentado como requisito parcial
para a obtenção do título de Enfermeira
Estomaterapeuta, pelo Curso de
Especialização em Estomaterapia da
Universidade do Vale do Rio dos Sinos –
UNISINOS.

Orientadora: Prof. Dra. Carmen Maria Lazzari

Porto Alegre

2016

CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES INTERNADOS COM ÚLCERAS POR PRESSÃO EM HOSPITAL DE GRANDE PORTE DE PORTO ALEGRE – comparação entre pacientes em isolamento de contato e unidades abertas

Carolina Gosmann Erichsen*

Carmen Maria Lazzari**

* Enfermeira no HNSC. POA-RS. Aluna do curso de pós-graduação em Estomatoterapia na UNISINOS. e-mail - carol.erichsen@gmail.com

** Doutora em Ciências Cardiológicas e Cardiovasculares (UFRGS), especialista em Terapia Intensiva (UFRGS), professora no pós-graduação em Estomatoterapia na UNISINOS, Enfermeira Intensivista no HCPA. POA-RS. e-mail- carmenlazzari@gmail.com

Resumo: O objetivo do estudo foi caracterizar os pacientes internados com úlcera por pressão (UP) nas unidades de isolamento, considerando o perfil demográfico e clínico; identificar a prevalência das lesões e as características das mesmas e comparar com o grupo de pacientes internados nas demais unidades do hospital. Foi realizada uma pesquisa transversal com 2406 pacientes internados no hospital em estudo. Identificou-se que as UP são mais prevalentes nos pacientes em isolamento (66,4%) que em pacientes das áreas abertas (6,8%), no sexo masculino, a idade média encontrada foi de 62,4 anos, e que estes pacientes reinternam com maior frequência e permanecem mais tempo internados.

Palavras-chave: úlcera por pressão, cuidados de enfermagem, resistência microbiana.

1 INTRODUÇÃO

As úlceras por pressão (UP) são lesões que ocorrem na pele de pacientes acamados, definidas como área de dano da pele e estruturas adjacentes devido à pressão e/ou fricção. As UP causam dor e desconforto aos pacientes e são responsáveis pelo aumento no tempo de internação hospitalar, aumento do número de reinternações, da carga de trabalho da enfermagem, dos custos da internação e piora do estado geral dos pacientes. (ARAÚJO et al., 2011).

Diversos fatores podem levar ao desenvolvimento das UP, tais como o estado clínico do paciente, nível de consciência e sensibilidade à dor, estado nutricional, mobilidade no leito, entre outros. A identificação dos pacientes com risco de desenvolvimento das UP é importante para reduzir as ocorrências, qualificar o cuidado ao paciente e o atendimento de enfermagem. Conhecer os pacientes internados e quais os riscos aos quais estão expostos auxilia o enfermeiro no planejamento do cuidado de enfermagem aos pacientes. (ARAÚJO et al., 2011; CHACON et al., 2009).

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2007), em torno de 10% dos pacientes internados em hospitais infectam-se por bactérias multirresistentes por conta da realização de procedimentos invasivos e/ou terapias imunossupressoras. Além disso, é nas unidades de terapia intensiva (UTI) que ocorrem o maior número de contaminação. Por conta disso, os pacientes em isolamento por bactérias multirresistentes são frequentemente mais graves do ponto de vista clínico, com mobilidade prejudicada e diversas comorbidades.

A motivação para a realização deste estudo partiu do campo de trabalho da pesquisadora, uma unidade de internação de pacientes em isolamento por bactérias multirresistentes em um hospital geral de Porto Alegre, onde internam pacientes de diversas especialidades, na sua grande maioria com alguma lesão de pele. A hipótese da pesquisadora é que, de acordo com o trabalho diário na unidade, a maioria dos pacientes apresentam UP, sendo que alguns internam por infecção dessas UP ou para tratar infecções decorrentes desses agravos e acabam indo a óbito, ou apresentando mais agravos à saúde.

Assim, o objetivo foi caracterizar os pacientes internados com UP nas unidades de isolamento, considerando o perfil demográfico e clínico; identificar a prevalência das lesões e as características das mesmas e comparar com o grupo de pacientes internados nas demais unidades do hospital.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

As UP são definidas pelo National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA) (NPUAP, EPUAP, PPPIA, 2014) como uma lesão na pele ou no tecido e estrutura subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea. Ocorre devido à pressão da estrutura óssea na pele, podendo estar associado à fricção e/ou cisalhamento nos tecidos.

O sistema de classificação das UP em estágios foi criado pelo NPUAP em 1989. Representa a quantidade de perda ou destruição tecidual ocorrida na ferida. Em fevereiro de 2007 após um trabalho de revisão iniciado em 2001 e que durou 5 anos o NPUAP apresentou a nova definição dos estágios para as úlceras por pressão. A última versão foi revisada em uma conferência de consenso da NPUAP, EPUAP, PPPIA (2014) para criar as definições finais em cinco categorias, quais sejam: Categoria I: eritema não branqueável; Categoria II: perda parcial da espessura da pele; Categoria III: perda total da espessura da pele; Categoria IV: perda total da espessura do tecido; Úlceras não classificáveis; Suspeita de lesão tissular profunda.

Para evitar o desenvolvimento das UP todos os pacientes devem ser avaliados para identificar os riscos existentes e então iniciar as medidas de prevenção. A prevenção das lesões passa por diversos aspectos, quais sejam: a avaliação de risco, a avaliação da pele do paciente, a nutrição adequada, o reposicionamento no leito, além do conhecimento das regiões de maior risco para o desenvolvimento das lesões e das superfícies de apoio corporal. (NPUAP, EPUAP, PPPIA, 2014; BRASIL, 2013). Através da prevenção e do conhecimento dos fatores associados ao processo de formação das UPs, podemos reduzir a sua prevalência e incidência. Para isso, o enfermeiro deve identificar precocemente o paciente em risco para o desenvolvimento dessas lesões. (SANTOS; NEVES; SANTOS, 2013).

3 MÉTODO

Foi realizada uma pesquisa transversal buscando a caracterização dos pacientes e a prevalência de úlceras por pressão nos pacientes internados no hospital em estudo.

O campo de estudo foram as unidades de internação de um hospital geral de Porto Alegre. O hospital conta com 675 leitos de internação hospitalar, incluindo unidades de cirurgia geral, proctologia, ginecologia, obstetrícia, alojamento conjunto, neurologia, cardiologia, urologia, vascular, medicina interna, nefrologia, endocrinologia, oncologia, hematologia, pneumologia, gastrologia, infectologia, psiquiatria e UTI (Não contabilizado leitos da emergência, bloco cirúrgico e sala de recuperação).

A instituição conta com um sistema informatizado de consultoria para o grupo de pele, acionado toda vez que o paciente apresenta alguma lesão de pele. Para retirar os curativos especiais utilizados para o tratamento das UP na farmácia do hospital, o paciente deve ter consultoria válida. As consultoras do grupo de pele são as enfermeiras do hospital que receberam o treinamento e senha para acesso ao sistema de consultorias. Para o estudo foram incluídos todos os pacientes internados, em qualquer unidade da instituição, com consultoria solicitada para o grupo de pele por UP nos meses de outubro e novembro de 2015, que tenham 18 ou mais anos. Foram excluídas as consultorias para ostomizados, úlceras de pernas e dermatite de fraldas.

Os dados foram coletados primeiramente no sistema de consultoria para identificar os pacientes e após, dos seus prontuários eletrônicos. Foi utilizado um instrumento de coleta de dados estruturado para este estudo (APÊNDICE A). A coleta de dados ocorreu nos meses de janeiro, fevereiro e março junto ao registro das consultorias solicitadas nos meses de outubro e novembro de 2015.

Os dados coletados foram digitados e inseridos no programa Excel for Windows. Para cálculo estatístico da frequência absoluta e relativa das variáveis e fazer as correlações, foi utilizado o programa SPSS versão 18.0. Para as variáveis quantitativas, foi utilizado o Teste U de Mann-Whitney para a comparação dos grupos. Para as variáveis qualitativas, foi realizado o Teste Qui-Quadrado e o Teste Exato de Fischer para raça. Foi considerado nível de significância de 5%.

O projeto de número 15/274 foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos e do Grupo Hospitalar Conceição. Foram mantidos todos os preceitos éticos previstos na Resolução nº 466/12.

4 RESULTADOS

Durante os meses da pesquisa, o número de internações foi de 2406, sendo que, 2254 internaram nas áreas abertas e 152 internaram no isolamento. Foram solicitadas 955 consultorias para o grupo de pele. Dessas consultorias, 254 foram selecionadas pelos métodos de inclusão para o estudo, sendo 153 pacientes das áreas abertas e 101 pacientes em isolamento. Sendo assim, a prevalência de UP foi de 6,8% nas áreas abertas e 66,4% nos isolamentos.

A tabela 1 apresenta a comparação entre pacientes das áreas abertas e em isolamento. A tabela de comorbidades por paciente conforme área de internação encontra-se em anexo (APÊNDICE B).

Tabela 1: Caracterização dos pacientes com solicitação de consultoria ao grupo de pele quanto às áreas de internação

| Variáveis | Área aberta (n=153) n (%) | Isolamento (n=101) n (%) |
|-------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| Sexo Masculino | 80 (52,3) | 68 (67,3) |
| Feminino | 73 (47,7) | 33 (32,7) |
| Raça Brancos | 130 (84,9) | 89 (88,1) |
| Negros | 21 (13,7) | 8 (7,9) |
| Outros | 2 (1,3) | 4 (3,9) |
| Faixa etária 19-39 anos | 9 (5,9) | 12 (11,9) |
| 40-49 anos | 13 (8,5) | 11 (10,9) |
| 50-59 anos | 24 (15,7) | 18 (17,8) |
| 60-69 anos | 32 (20,9) | 21 (20,8) |
| 70-79 anos | 36 (23,5) | 20 (19,8) |
| 80-89 anos | 29 (18,9) | 16 (15,8) |
| 90-99 anos | 10 (6,5) | 3 (2,9) |

| | | |
|-----------------------------------|--------------------|--------------------|
| Média de idade | 67,2 anos | 62,4 anos |
| Tempo de internação | entre 2 e 120 dias | entre 2 e 542 dias |
| Média de dias de internação | 34 dias | 81 dias |
| Média de comorbidade por paciente | 3,9 | 3,8 |

Fonte: ERICHSEN, C. G., 2016

Na tabela 2 a seguir, está descrito o número de internações prévias no ano de 2015.

Tabela 2: Distribuição dos pacientes selecionados conforme número de internações prévias no ano de 2015

| Número de internações prévias em 2015 | Área aberta (n=153) n (%) | Isolamento (n=101) n (%) |
|--|--------------------------------------|-------------------------------------|
| 0 | 0 | 3 (2,9) |
| 1 | 89 (58,2) | 11 (10,9) |
| 2 | 38 (24,8) | 13 (12,9) |
| 3 | 11 (7,2) | 16 (15,8) |
| 4 | 11 (7,2) | 23 (22,8) |
| 5 | 2 (1,3) | 19 (18,8) |
| 6 | 2 (1,3) | 7 (6,9) |
| 7 | 0 | 7 (6,9) |
| 8 | 0 | 1 (0,9) |
| 9 | 0 | 1 (0,9) |
| Média | 1,7 | 2,3 |

Fonte: ERICHSEN, C. G., 2016

O número de UP dos pacientes está demonstrado na tabela 3.

Tabela 3: Número de UP comparando entre área aberta e isolamento

| Nº de UP | Área aberta (n=153) n (%) | Isolamento(n=101) n (%) |
|--------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| Não informado | 4 (2,6) | 2 (1,9) |
| 1 | 104 (67,9) | 64 (63,4) |
| 2 | 8 (5,2) | 8 (7,9) |
| 3 | 17 (11,1) | 14 (13,9) |
| 4 | 10 (6,5) | 10 (9,9) |
| 5 | 8 (5,2) | 1 (0,9) |
| 6 | 2 (1,3) | 1 (0,9) |
| 7 | 0 | 1 (0,9) |
| TOTAL | 267 | 182 |
| Média de UP por paciente | 1,74 | 1,8 |

Fonte: ERICHSEN, C. G., 2016

Na tabela 4 está apresentada a origem das UP, conforme área de internação.

Tabela 4: Origem da UP

| Origem da UP | Área aberta (n=153) n (%) | Isolamento (n=101) n (%) |
|---------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| Comunitária | 32 (20,9%) | 22 (21,8%) |
| Hospitalar | 121 (79%) | 79 (78,2%) |

Fonte: ERICHSEN, C.G., 2016

A tabela 5 demonstra a classificação das UP.

Tabela 5: Categoria das UP comparando entre áreas abertas e isolamento.

| Classificação das UP | Área aberta (n=267) n (%) | Isolamento (n=182) n (%) |
|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| Categoria I | 79 (29,6) | 28 (15,4) |
| Categoria II | 68 (25,5) | 39 (21,4) |
| Categoria III | 28 (10,5) | 27 (14,8) |
| Categoria IV | 12 (4,5) | 20 (10,9) |
| Úlcera não classificável | 39 (14,6) | 18 (9,9) |
| Suspeita de lesão tecidual | 1 (0,4) | 6 (3,3) |
| Classificação não identificada | 40 (14,9) | 44 (24,2) |

Fonte: ERICHSEN, C. G., 2016

A localização das UP está demonstrada na tabela 6.

Tabela 6: Localização das UP, conforme área de internação

| Localização das UP | Área aberta (n=267) n (%) | Isolamento (n=182) n (%) |
|---------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| Sacra | 133 (49,8) | 95 (52,2) |
| Trocânteres | 51 (19,1) | 28 (15,4) |
| Calcâneos | 44 (16,5) | 28 (15,4) |
| Glúteos | 21 (7,9) | 5 (2,7) |
| Maléolos | 9 (3,4) | 7 (3,8) |
| Isquio | 2 (0,7) | 2 (1,1) |
| Escápula | 4 (1,5) | 1 (0,5) |
| Dorso | 1 (0,4) | 5 (2,7) |

| | | |
|--|---------|--------|
| Orelha, ombro, Cotovelo, joelho, occipital | 2 (0,7) | 11 (6) |
|--|---------|--------|

Fonte: ERICHSEN, C. G., 2016

O motivo de internação dos pacientes está identificado na tabela 7, agrupado conforme sistemas orgânicos, descritos em anexo (APÊNDICE C).

Tabela 7: Motivo de Internação nas áreas abertas e isolamento

| Sistemas | Área aberta (n=153) | Isolamento (n=101) |
|---------------------------|---------------------|--------------------|
| Musculoesquelético | 9 | 12 |
| Neurológico | 34 | 17 |
| Alterações por câncer | 18 | 8 |
| Circulatório | 24 | 20 |
| Respiratório | 24 | 10 |
| Gastrintestinal/endócrino | 28 | 19 |
| Urinário | 9 | 10 |
| Demais | 07 | 05 |

Fonte: ERICHSEN, C. G., 2016

A Tabela 8 apresenta o primeiro e o último resultado laboratorial de hemoglobina na internação do paciente, conforme área de internação.

Tabela 8: Valores laboratoriais de hemoglobina conforme área de internação

| Hemoglobina | Área Aberta (n=153) n(%) | | Isolamento (n=101) n(%) | |
|---------------|-----------------------------|-------------|----------------------------|-------------|
| | Resultado 1 | Resultado 2 | Resultado 1 | Resultado 2 |
| Acima de 13,5 | 14 (9,1) | 8 (5,2) | 9 (8,9) | 1 (0,9) |
| entre 12-13,5 | 30 (19,6) | 5 (3,3) | 16 (15,8) | 2 (1,9) |
| entre 10-12 | 44 (28,7) | 30 (19,6) | 27 (26,7) | 24 (23,8) |
| entre 8-10 | 34 (22,2) | 49 (32,0) | 25 (24,7) | 43 (42,6) |
| abaixo de 8 | 25 (16,3) | 46 (30,0) | 21 (20,8) | 25 (24,7) |

| | | | | |
|----------------|---------|----------|---------|---------|
| Sem resultados | 6 (3,9) | 15 (9,8) | 3 (2,9) | 6 (5,9) |
|----------------|---------|----------|---------|---------|

Fonte: ERICHSEN, C. G., 2016

A Tabela 9 apresenta o primeiro e o último resultado laboratorial de albumina na internação do paciente, conforme área de internação.

Tabela 9: Valores laboratoriais de albumina conforme área de internação

| Albumina | Área aberta (n=153) n(%) | | Isolamento (n=101) n(%) | |
|----------------|-----------------------------|-------------|----------------------------|-------------|
| | Resultado 1 | Resultado 2 | Resultado 1 | Resultado 2 |
| acima 3,5 | 19 (12,4) | 4 (2,6) | 20 (19,8) | 7 (6,9) |
| entre 3-3,5 | 25 (16,3) | 13 (8,5) | 18 (17,8) | 16 (15,8) |
| entre 2-3 | 70 (45,7) | 27 (17,6) | 36 (35,6) | 31 (30,7) |
| abaixo 2 | 13 (8,5) | 11 (7,2) | 10 (9,9) | 11 (10,9) |
| Sem resultados | 26 (16,9) | 98 (64,0) | 17 (16,8) | 36 (35,6) |

Fonte: ERICHSEN, C. G., 2016

Na tabela 10 está demonstrado o desfecho dos pacientes na data final da coleta dos dados (30 de novembro de 2015).

Tabela 10: Desfecho nas áreas abertas e isolamento

| Desfecho | Área aberta (n=153) n (%) | Isolamento (n=101) n (%) |
|-----------------|------------------------------|-----------------------------|
| Alta Hospitalar | 47 (30,7) | 37 (36,6) |
| Segue internado | 42 (27,4) | 50 (49,5) |
| Fuga | 1 (0,6) | 0 |
| Óbito | 63 (41,2) | 14 (13,9) |

Fonte: ERICHSEN, C. G., 2016

5 DISCUSSÃO

Dados semelhantes aos desse estudo são encontrados por outros trabalhos de caracterização de UP, onde a maioria dos pacientes eram do sexo masculino, brancos e com idade superior à 60 anos. (ROCA-BIOSCA et al., 2015; ROGENSKI, KURCGANT, 2012;

SANDERS, PINTO, 2012).

Quanto à distribuição por gênero, foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,017$). Nas áreas abertas prevalecem pacientes do sexo feminino, enquanto que nos isolamentos prevalecem pacientes do sexo masculino. Quanto a distribuição por raça, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa.

A prevalência de UP nas áreas abertas é menor que a observada em outros estudos, que indicam uma prevalência de UP entre 11,1% e 36% em pacientes internados em unidades de internação clínica e cirúrgica (CAMPOS et al., 2010; FREITAS et al., 2011; ROGENSKI, KURCGANT, 2012; SANDERS, PINTO, 2012). Entretanto, os pacientes em situação de isolamento possuem prevalência de UP maior que nesses estudos (66,44%), inclusive nos realizados em unidades de tratamento intensivo (UTI) (ROCA-BIOSCA et al., 2015). Quanto ao número de UP por paciente, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,361$).

A faixa etária predominante no setor de isolamento é maior que nos estudos de Ribas, et al. (2009) e Andrade et al. (2006). Esses estudos, realizados em Uberlândia (MG) e Ribeirão Preto (SP), encontraram em unidades de isolamento média de 56,5 e 55 anos de idade, respectivamente.

Não há diferença estatisticamente significativa entre os grupos área aberta e isolamento quanto à idade dos pacientes ($p=0,055$).

O estudo realizado por Andrade et al. (2006) identificou tempo de internação menor, com variação entre 12 e 188 dias e média de 49 dias de internação. Ribas et al. (2009) identificaram em seu estudo que o tempo de internação superior a sete dias é um fator de risco que foi significativamente associado à colonização por bactérias multirresistentes.

Há diferença estatisticamente significativa entre os grupos quanto ao número de internações por paciente no último ano ($p=0,012$) e quanto ao tempo de internação por paciente ($p<0,001$). Os pacientes em isolamento tiveram mais internações no último ano e permaneceram mais tempo internados que os pacientes das áreas abertas.

O tempo de internação elevado desses pacientes mostra, além do seu perfil crônico e das seguidas reinfecções, um grave problema social, que é a dificuldade das famílias em levarem os pacientes com alta hospitalar. Essa situação é frequentemente vivenciada no setor do isolamento, local de trabalho da pesquisadora, onde familiares dos pacientes com alta hospitalar não tem condições de seguir com os cuidados em casa ou de pagarem por clínicas e instituições, deixando o paciente no hospital, suscetível a novos agravos, infecções e piora do quadro. Esse problema social acontece também em outras localidades do Brasil, como

encontrado em algumas notícias de jornal. (RIBEIRO, 2011; BÓLICO, 2013; FELCHACKA, 2014)

Em relação à classificação das UP, estudos realizados por Rogenski e Kucgant (2012) e Sanders e Pinto (2012), mostram dados semelhantes para as áreas abertas, com predomínio de UPs de categoria II. Nos isolamentos, os resultados encontrados, maioria de UP sem definição de classificação, pode indicar a falta de conhecimento e treinamento dos profissionais enfermeiros para a classificação das mesmas. O perfil crônico dos pacientes, identificado pelo número de reinternações no ano, sugere UPs maiores com maior dano tecidual, ou então, o despreparo dos profissionais em classificá-las.

As principais comorbidades identificadas no estudo são as mesmas para os dois grupos de pacientes, quais sejam, hipertensão, diabetes mellitus e cardiopatias. Dados similares são encontrados no estudo de Andrade et al. (2006), que encontrou, além desses, como segunda principal doença de base, acidente vascular encefálico. Além disso, também identificamos tabagismo em percentual elevado e etilismo, apontado por Andrade et al. como situações que predis põem a risco de infecção.

Não há diferença estatisticamente significativa entre os grupos área aberta e isolamento quanto ao número de comorbidades por paciente ($p=0,728$).

Ainda sobre as comorbidades, como fator importante para o desenvolvimento de UP, identificamos paraplegia, acamados, politraumatizado, fratura de quadril, desnutrição, perda de peso e UP prévias.

Quanto ao desfecho da internação, os dados encontrados são diferentes dos estudos de Andrade et al. (2006). Em seu estudo, 50% dos pacientes dos isolamentos foram à óbito, 45,6% tiveram alta hospitalar e 4,4% foram transferidos para outros hospitais.

Foi encontrada diferença estatisticamente significativa no que se refere ao desfecho da internação ($p<0,001$). Nos pacientes das áreas abertas prevalece o desfecho óbito e nos isolamentos, prevalece os pacientes ainda internados.

Os dados sobre o desfecho da internação encontrados nesse estudo também demonstram a importância do tratamento das UPs e do acompanhamento e orientação às famílias e cuidadores no domicílio, pois são pacientes crônicos, complicados com múltiplas UPs que devem ter cuidados diferenciados. A falta de acompanhamento e de suporte aos familiares e cuidadores é demonstrada no número de reinternações desses pacientes.

No que se refere aos valores de hemoglobina e albumina, não houve diferença estatisticamente significativa entre os pacientes de áreas abertas e isolamento para os resultados obtidos.

Existem poucos estudos sobre caracterização dos pacientes nas unidades de isolamento e nenhum desses descreve sobre as UP nesses pacientes. O quadro grave e crônico dos pacientes em isolamento, evidenciado nesse estudo pela prevalência de UP, número de reinternações e tempo de internação, predispõe os mesmos ao desenvolvimento de agravos, como as UP. Com isso, é importante conhecer o perfil dos pacientes e ficar atento ao aparecimento das lesões no início do desenvolvimento, evitando, assim o seu agravo.

A resistência bacteriana aos antibióticos tem sido amplamente discutida nos meios da saúde. Assim como a dificuldade no tratamento de UPs infectadas e osteomielites. Essas condições podem comprometer e agravar a saúde do paciente favorecendo reinfecções e reinternações.

Com isso, sugere-se que capacitações regulares sejam oferecidas, assim como discussão de casos com os enfermeiros do grupo de pele, visando melhorar o atendimento ao paciente e melhorar seu quadro de saúde. Da mesma forma, o treinamento dos funcionários responsáveis pela realização dos curativos e dos familiares e cuidadores previamente à alta hospitalar devem ser realizados sistematicamente a fim de melhorar o cuidado aos pacientes com UP.

6 CONCLUSÃO

Conforme os dados apresentados nesse estudo, identificamos diferença estatisticamente significativa nos pacientes em isolamento de contato, sendo esses de maioria do sexo masculino, com maior tempo de internação, maior número de internações prévias em um ano, que seguiram internados após o estudo. Além disso, são maioria de raça branca, acima dos 60 anos, principalmente com idade entre 60 e 69 anos e média de 62,4 anos. A média de comorbidades foi 3,72 por paciente e média de UP foi de 1,8 por paciente. Em relação à classificação das UP, a maioria não havia classificação e foram desenvolvidas na região sacra.

Identificamos que a prevalência de UP nos isolamentos é de 66,4%, enquanto que nas áreas abertas é de 6,8%.

Com esse estudos, comprova-se a hipótese da pesquisadora, de que os pacientes em situação de isolamento teriam prevalência de UP maior que nos demais pacientes. A falta de dados nos prontuários quanto à evolução e classificação das UP e o baixo índice de UP nas unidades abertas, abaixo do encontrado em estudos, pode estar indicando falta de treinamento dos profissionais que atendem esses pacientes no isolamento e impossibilita conhecer a

classificação de todos os pacientes atendidos. Outra hipótese, é que nas áreas abertas, o número maior de pacientes e menor tempo de internação, dificulte a avaliação de todos os pacientes, comparativamente ao setor de isolamento.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, D. de, et al. Ocorrência de Bactérias Multiresistentes em um Centro de terapia intensiva de Hospital Brasileiro de Emergências. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. São Paulo, v. 18, n. 1, p. 27-33, 2006.

ARAÚJO, T. M. de; ARAÚJO, M. F. M. de; CAETANO, J. Á. Comparação de escalas de avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes em estado crítico. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 5, p. 695-700, 2011.

ARAÚJO, T. M. de et al. Diagnósticos de enfermagem para pacientes em risco de desenvolver úlcera por pressão. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 64, n. 4, p. 671-676, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. ANVISA. Anexo 02: Protocolo para prevenção de úlcera por pressão. 2013. Disponível em:
<<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/diversos>>. Acesso em: 05 set. 2015.

_____. Investigação e controle de bactérias multirresistentes. Brasília, 2007. Acesso em: 20/11/2015, Disponível em:
<http://www.professores.uff.br/jorge/manual%20_controle_bacterias.pdf>

BÓLICO, L. Paciente corre risco de “despejo” de hospital; família aciona Justiça e Polícia para evitar ‘morte’; imagens fortes. **Olhar direto**, Cuiabá, 14, maio, 2013. Disponível em:
<http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?noticia=Paciente_corre_risco_de_despejo_e_familia_aciona_Justica_e_Policia_para_evitar_morte_imagens_fortes&id=320642>
Acesso em: 25 abr 2016.

CAMPOS, S. F. et al. Fatores associados ao desenvolvimento de úlceras de pressão: o impacto da nutrição, Campinas, **Rev. Nutr.**, v. 23, n. 5, p. 703-714, 2010.

CHACON, J. M. F. et al. Prevalence of pressure ulcers among elderly living in long-stay institutions in São Paulo. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 127, n. 4, p. 211-215, 2009.

FELCHACKAS, E. Mesmo com alta, pacientes são largados por famílias em hospitais. **Tribuna Paraná Online**, Paraná, 05, outubro, 2014. Disponível em: <<http://www.parana-online.com.br/editoria/cidades/news/818770/?noticia=MESMO%20COM%20ALTA%20PACIENTES%20SAO%20LARGADOS%20POR%20FAMILIAS%20EM%20HOSPITAIS>>
Acesso em 25 abr 2016.

FREITAS, M. C. et al. Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 143-150, 2011.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL and PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE. **Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide**. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2014. Disponível em: <<http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/prevention-and-treatment-of-pressure-ulcers-clinical-practice-guideline/>> Acesso em: 27 abr 2016.

RIBAS, R. M. et al. Fatores de risco para colonização por bactérias hospitalares multirresistentes em pacientes críticos, cirúrgicos e clínicos em um hospital universitário brasileiro. **Rev. Med. Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 19, n. 3, p.193-197, 2009.

RIBEIRO, V. Paciente tem alta, mas família contesta. **ABCD maior**, São Bernardo, 10, outubro, 2011. Disponível em: <<http://www.abcdmaior.com.br/materias/cidades/paciente-tem-alta-mas-familia-contesta>> Acesso em: 25 abr 2016.

ROCA-BIOSCA, A. et al. Identificación y clasificación de las lesiones relacionadas con la dependencia: de la teoría a la práctica clínica. **Gerokomos**, Espanha, v. 26, n. 2, p. 58-62, 2015.

ROGENSKI, N. M. B.; KURCGANT, P. Incidência de úlceras por pressão após a implementação de um protocolo de prevenção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 333-339, 2012.

QUINTERO, E. S. et al. Fatores clínicos associados a multirresistencia bacteriana em un hospital de cuarto nivel. **Infectio Asociación Colombiana de Infectología**, Rio Negro, Colombia, v. 19, n. 4, p. 161-167, 2015.

SANDERS, L. S. DE C.; PINTO, F, J, M. Ocorrência de úlcera por pressão em pacientes internados em um hospital público de Fortaleza-CE. **Rev. Min. Enferm.**, Minas Gerais, v. 16, n. 2, p. 166-170, 2012.

SANTOS, Mariana Pinheiro; NEVES, Rebecca Costa; SANTOS, Carina Oliveira dos. Escalas utilizadas para prevenir úlceras por pressão em pacientes críticos. **Revista Enfermagem Contemporânea**. v. 2, n. 1, p. 19-31, 2013.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS

Instrumento de coleta de dados

Pesquisa: CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTE INTERNADOS COM ÚLCERAS POR PRESSÃO EM HOSPITAL DE GRANDE PORTE DE PORTO ALEGRE

Pesquisadora: Carolina Gosmann Erichsen

| | |
|---|--|
| Data da coleta | |
| Código de identificação para o pesquisador | |
| Idade / Sexo / Cor | |
| Motivo de internação | |
| Data de internação | |
| Comorbidades | |
| Número de internações no último ano | |
| Dias de internações desde a última internação até a data da consultoria | |
| UP Comunitária / Hospitalar | |
| Número de UP | |
| Local e classificação das UP no momento da coleta | |
| Hemoglobina / Albumina | |
| Desfecho | |

APÊNDICE B - Tabela de comorbidades dos pacientes conforme área de internação

Tabela 5: Comorbidades comparando entre áreas abertas e isolamento

| Comorbidades | Área aberta | Isolamento |
|---|--------------------|-------------------|
| Hipertensão | 72 (12,4%) | 48 (12,8%) |
| Tabagismo | 63 (10,6%) | 32 (8,5%) |
| Diabetes Mellitus | 36 (6,0%) | 24 (6,4%) |
| Cardiopatia | 36 (6,0%) | 28 (7,4%) |
| Acidente vascular encefálico | 28 (4,7%) | 17 (4,5) |
| Etilismo | 29 (4,9%) | 11 (2,9%) |
| Obesidade | 10 (1,7%) | 6 (1,6%) |
| Infecção urinária | 5 (0,8%) | 10 (2,6%) |
| Insuficiência renal | 19 (3,2%) | 11 (2,9%) |
| Demência | 15 (2,5%) | 11 (2,9%) |
| Institucionalizado | 11 (1,8%) | 3 (0,8%) |
| Pneumopatia | 33 (5,6%) | 20 (5,3%) |
| Osteomielite | 0 | 3 (0,8%) |
| Doença arterial obstrutiva periférica | 7 (1,2%) | 4 (1,1%) |
| Amputação prévia | 5 (0,8%) | 3 (0,8%) |
| Acamado | 9 (1,5%) | 6 (1,6%) |
| Paraplégico | 5 (0,7%) | 9 (2,4%) |
| Fratura de quadril | 2 (0,3%) | 0 |
| Trauma cranioencefálico | 4 (0,7%) | 0 |
| Úlcera por pressão | 7 (1,2%) | 4 (1,1%) |
| Desnutrição e perda de peso | 4 (0,7%) | 1 (0,3%) |
| TRM, politraumatizado | 0 | 3 (0,8%) |
| Outras comorbidades (câncer, cirurgias prévias, alterações clínicas, infecções) | 193 (32,5%) | 122 (32,4%) |
| Total | 593 | 376 |

FONTE: ERICHSEN, C. G., 2016.

APÊNDICE C - Motivo de internação dos pacientes

Alterações musculoesqueléticas: UP infectada, queda da própria altura, tétano, politraumatizado, tetraparesia.

Alterações neurológicas: diminuição do sensório, acidente vascular encefálico, convulsão, astenia, alterações neurológicas, doença neuro degenerativa, trauma cranio encefálico, poliartralgia.

Alterações por câncer: piora oncológica, câncer, perda de peso, linfoma, neutropenia febril, recidiva tumoral, pancitopenia, leucemia.

Alterações circulatórias: insuficiência cardíaca, angina, trombose venosa profunda, úlcera de perna, parada cardiorrespiratória, doença arterial obstrutiva periférica, aneurisma.

Alterações respiratórias: doença pulmonar obstrutiva crônica exacerbada, broncopneumonia, dor torácica, insuficiência ventilatória, dispnéia.

Alterações gastrintestinais e endócrinas: diabetes mellitus descompensada, dor abdominal, hemorragia digestiva, retossigmoidectomia, hernia inguinal, ascite, cirrose, obstrução intestinal, úlcera gástrica perfurada, hepatectomia, diverticulite, colecistite, sepse biliar.

Alterações urinárias: insuficiência renal, infecção do trato urinário, hematúria, pielonefrite, uretrolitotripsia.

Demais: celulite, sangramento em traqueostomia e gastrostomia, deiscencia de sutura, erisipela, abscesso em coxa, aborto retido.