



Resumo – APTFeridas 2020


Tipo de comunicação: Poster


Título: Contributo para a utilização da Escala de Braden em Angola: adaptação cultural e validação em doentes internados em UCI


Autores: Susana Pinto¹, Marta Assunção², Ricardo de São João, PhD³, Tiago Domingues⁴, Paulo Alves, PhD⁵, Helena José, PhD⁶


¹Doutoranda em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Porto. Mestre em Enfermagem.  ORCID: 0000-0003-3778-9335.

²Doutoranda em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Porto. Mestre em Gerontologia Social.  ORCID:0000-0002-7537-4109.

³Doutor em Ciências da Vida na especialidade Saúde das Populações/Bioestatística (FCM-UNL). Professor Adjunto na Escola Superior de Gestão e Tecnologia – Instituto Politécnico de Santarém. Membro do Centro de Estatística e Aplicações da Universidade de Lisboa (CEAUL).  ORCID:0000-0003-3137-0891.

⁴Mestre em Bioestatística (DEIO-FCUL) e doutorando em Estatística e Investigação Operacional na especialidade de Bioestatística e Bioinformática. Professor Convidado na Escola Superior de Gestão e Tecnologia – Instituto Politécnico de Santarém. Membro do Centro de Estatística e Aplicações da Universidade de Lisboa (CEAUL).  ORCID: 0000-0002-4034-4276.

⁵Doutor em Enfermagem. Professor na Universidade Católica Portuguesa. Investigador no Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS). Coordenador do of *Wunds Research Lab* (Porto).  ORCID: 0000-0002-6348-3316.

⁶Doutor em Enfermagem. Professor coordenador na Universidade do Algarve. Investigador da UICISA-E (Coimbra).  ORCID: 0000-0002-2626-8561.

Introdução

As úlceras por pressão (UPP) são um problema premente no doente crítico com taxas de incidência e prevalência elevadas em relação a outros contextos⁽¹⁻⁵⁾.

A avaliação do risco de UPP é uma medida de boas práticas e deve ser realizada com o uso de um instrumento preditor de risco. Este instrumento necessita ser confiável e válido para a população em estudo, não existindo uma recomendação nem um consenso relativamente ao melhor instrumento. Um dos mais utilizados, a nível mundial, é a escala de Braden⁽¹⁾.

A escala de Braden contempla seis categorias: perceção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição e forças de deslizamento e fricção; e cada categoria encontra-se, em geral, subdividida em quatro subcategorias. A pontuação final resulta da soma de todas as subcategorias, assumindo valores entre 6 e 23 pontos, sendo que quanto menor a pontuação, maior o risco de desenvolver UPP⁽⁶⁾.

A utilização de instrumentos de avaliação fora do país de validação original carece de métodos próprios. Em países diferentes e com o mesmo idioma é necessária a adaptação cultural sem tradução⁽⁷⁻⁸⁾. Vários são os estudos publicados que apresentam a validação da escala de Braden noutros países⁽⁹⁻¹²⁾ em UCI, revelando razoável capacidade preditiva e o ponto de corte de 12 para o desenvolvimento de UPP é frequente em vários estudos^(10;12-13).

Objetivos

- (1) Descrever o processo de adaptação cultural da escala de Braden para Angola.
- (2) Determinar as propriedades psicométricas da escala: sensibilidade, especificidade e ponto ótimo de corte.

Metodologia

Realizou-se um estudo metodológico⁽⁷⁻⁸⁾. Foi pedida autorização às autoras da escala de Braden para a sua utilização e adaptação cultural para Angola. A escala na versão portuguesa foi avaliada por um grupo de peritos tendo por base a compreensão de cada subcategoria. De seguida, realizou-se conciliação das sugestões e avaliação pelo investigador, surgindo a escala de Braden AO (para Angola). Esta foi submetida a nova

avaliação por um grupo de oito enfermeiros especialistas, a trabalhar na prática clínica com conhecimentos sobre a escala. Procedeu-se à retrotradução para inglês, por 2 tradutores independentes, realizou-se o consenso das traduções, que após comparação com a escala original foi enviado para as autoras.

Para a avaliação da validade preditiva realizou-se um estudo observacional, descritivo, longitudinal e prospetivo numa UCI, em Luanda, entre setembro e dezembro de 2019. A população contempla 110 doentes com mais de 18 anos de idade, com internamento igual ou superior a 24 horas e sem UPP na admissão.

A colheita de dados e avaliação da pele foram realizadas, diariamente, por um investigador experiente e com conhecimentos na escala de Braden. O instrumento de colheita de dados foi uma grelha de observação.

A análise dos dados foi realizada com recurso ao *software* R⁽¹⁴⁾. Para determinar o ponto ótimo de corte para o desenvolvimento de UPP recorreu-se ao modelo de regressão logística sendo testada a sua adequabilidade de ajuste através do teste de *Hosmer & Lemeshow*⁽¹⁵⁾.

Resultados

Durante o processo de adaptação cultural, da avaliação dos peritos resultaram oito sugestões de mudança, duas delas foram excluídas pelo investigador por alterarem o contexto da definição da subcategoria (frequentemente e quase sempre não são sinónimos) e a forma da escala (alteração do local que designa a pontuação). As sugestões focaram-se nas categorias: perceção sensorial, humidade, mobilidade e nutrição, a nível da semântica de forma a tornar as frases mais simples e mais fáceis de compreender.

Quanto à avaliação dos enfermeiros especialistas, todos consideraram as subcategorias compreensíveis, não havendo necessidade de novas alterações.

As autoras da escala validaram todas as sugestões e deram autorização para o seu uso, corroborando o sentido da escala original.

Relativamente às propriedades psicométricas da escala, nesta população, considerando um nível de significância $\alpha = 5\%$, o modelo de regressão logística encontra-se adequadamente ajustado ($\chi^2 = 8.88345$; $gl = 8$; $valor - p \approx 0.35$) e a variável

explicativa da pontuação da escala de Braden é estatisticamente significativa (valor- $p < 0.001$).

De acordo com a maximização do coeficiente *K de Cohen* foi calculado o ponto ótimo de corte que resultou na pontuação 12. Este ponto de corte é o que assegura melhor equilíbrio entre a sensibilidade (67%) e a especificidade (82%). A área abaixo da curva ROC para este ponto de corte foi de 0.687, o que corresponde a um poder discriminante aceitável. Assim sendo, pode-se concluir que a escala de Braden para esta população específica é um modelo com capacidade preditiva/discriminante aceitável, resultado esse em conformidade com a literatura internacional.

Conclusões

O processo de adaptação cultural da Escala de Braden para Angola foi realizado com peritos e enfermeiros angolanos que atestaram a sua compreensão, pelo que se pode inferir que esta seja compreensível para os enfermeiros em Angola. Considerando a população: pessoas em situação crítica internadas em UCI, os resultados apontam para razoável sensibilidade (67%) e alta especificidade (82%) para um ponto de corte de 12, ou seja, para uma pontuação inferior ou igual a 12 pontos há risco de desenvolver UPP. Considera-se, portanto, este estudo um excelente contributo para a enfermagem em Angola através do uso de uma escala validada, figurando-se num passo importante para a prevenção de UPP.

Referências Bibliográficas

1. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: clinical practice guideline. 3rd ed. Haesler E, editor. 2019.
2. Chaboyer WP, Thalib L, Harbeck EL, Coyer FM, Blot S, Bull CF, et al. Incidence and Prevalence of Pressure Injuries in Adult Intensive Care Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Crit Care Med*. 2018;46(11):e1074–81.
3. Soodmand M, Moghadamnia MT, Aghaei I, Ghasemzadeh G, Kazemnejad Lili E, Homaie Rad E. Effects of hemodynamic factors and oxygenation on the incidence of pressure ulcers in the ICU. *Adv Ski Wound Care*. 2019;32(8):359–64.
4. Cox J, Roche S, Murphy V. Pressure Injury Risk Factors in Critical Care Patients: A

- Descriptive Analysis. *Adv Ski Wound Care*. 2018;31(7):328–34.
5. Labeau SO, Afonso E, Benbenishty J, Blackwood B, Boulanger C, Brett SJ, et al. Prevalence , associated factors and outcomes of pressure injuries in adult intensive care unit patients : the DecubICUs study. *Intensive Care Med*. 2020.
 6. Bergstron N, Braden B, Laguzza A, Holman V. The Braden scale predicting pressure sore risk. *Nurs Res*. 1987;36:205–10.
 7. ITC. ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests (2 edition). *Int J Test*. 2018;18(2):101–34.
 8. Ramada-Rodilla JM, Serra-Pujadas C, Delclós-Clanchet GL. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: Revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud Publica Mex*. 2013;55(1):57–66.
 9. Baris N, Karabacak BG, Alpar ŞE. The Use of the Braden Scale in Assessing Pressure Ulcers in Turkey: A Systematic Review. *Adv Ski Wound Care*. 2015;28(8):349–57.
 10. Lima-Serrano M, González-Méndez MI, Martín-Castaño C, Alonso-Araujo I, Lima-Rodríguez JS. Predictive validity and reliability of the Braden scale for risk assessment of pressure ulcers in an intensive care unit. *Med Intensiva*. 2018;42(2):82–91.
 11. Serpa LF, Santos VLCG, Peres GRP, Cavicchioli MGS, Hermida MM. Validity of the Braden and Waterlow subscales in predicting pressure ulcer risk in hospitalized patients. *Appl Nurs Res*. 2011;24(4):e23–8.
 12. Deng X, Yu T, Hu A. Predicting the Risk for Hospital-Acquired Pressure Ulcers in Critical Care. 2017;37(4):4–7.
 13. Borghardt AT, Do Prado TN, De Araújo TM, Rogenski NMB, De Oliveira Bringuento ME. Evaluation of the pressure ulcers risk scales with critically ill patients: A prospective cohort study. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015;23(1):28–35.
 14. Team RC. A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing. 2020.
 15. Hosmer D, Lemeshow S. *Applied Logistic Regression* (2nd ed). Wiley & Sons, editor. New York; 2000.