



CLÍNICA

ACTUACIÓN DEL ENFERMERO EN LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS DE PRESIÓN

O ENFERMEIRO ATUANDO NA PREVENÇÃO DAS ÚLCERAS DE PRESSÃO

*Fernandes Lobosco, AA., **Darlen Dutra de Vasconcelos, S., ***Linhares de Almeida, M. de C. **** Dire Feliciano, G.

*Aluna do 8º período do curso de Graduação da Universidade Estácio de Sá Campus Nova Friburgo. **Mestre em Enfermagem pela EEAN/UFRJ. Lcda. pela Faculdade de Educação da CFCH/EEAN/UFR. Especialista em Docência do Ensino Superior pela UNESA. Docente das Disciplinas de Semiologia e Semiotécnica em Enfermagem I, II e III, Eixo Fundamentos de Enfermagem; Ética e Exercício Profissional da Enfermagem e Trabalho de Conclusão de Curso. ***Enfermeira. Aluna Especial do curso de Mestrado da EEAN / UFRJ. Lcda. pela Fundação Técnico Educacional Souza Marques. Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estácio de Sá. ****Pós doutorado em Ciências Médicas pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Doutor em Biociências Nucleares pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil.

Palabras clave: Enfermería, úlceras de presión, prevención.

Palavras-chaves: Enfermagem, Úlceras de Pressão, Prevenção.

RESUMEN

Las úlceras de decúbito fueron y siguen siendo un cuidado importante en la enfermería. Sin embargo, comprender hoy la práctica del cuidar solo es posible a partir de una visión holística, un cuidar que ve a la persona integralmente. Por ese motivo, cuando se habla de prevención de úlceras es preciso conocer la estructura de la piel y su función para comprender mejor los fundamentos de prevención y cuidados eficaces. La manutención de la integridad de la piel es responsabilidad del Enfermero. Los mecanismos que causan las úlceras son innumerables y precisan ser atenuados o prevenidos completamente para que la integridad cutánea sea mantenida. Ante eso trazamos como **objeto de estudio**: El conocimiento por la Enfermería de la Escala Predictiva de Braden en la prevención de las úlceras de presión. Y como **problema** el siguiente cuestionamiento: ¿Cómo la enfermería sistematiza la asistencia en la prevención de las úlceras de presión? **Objetivos**: Identificar lo que la Enfermería conoce al respecto de la Escala predictiva de Braden ("Escala pronóstica de Braden"); Comparar lo que saben con lo que hacen para prevenir las úlceras de presión. **Metodología**: En cuanto al tipo se trata de un estudio de caso, descriptivo, y utilizaremos el

abordaje cuantitativo. La pesquisa tuvo como escenario la Unidad de Terapia Intensiva de una institución pública, de medio porte, clasificada como hospital general.

RESUMO

As úlceras de decúbito foram e continuarão sendo um cuidado importante na enfermagem. Porém, hoje compreender a prática do cuidar, só é possível a partir de uma visão holística, um cuidar que veja a pessoa integralmente. Por esse motivo, quando se fala em prevenção de úlceras é preciso conhecer a estrutura da pele e sua função para compreender melhor os fundamentos de prevenção e cuidados eficazes com pele. A manutenção da integridade da pele é responsabilidade do Enfermeiro. Os mecanismos que causam as úlceras são inúmeros e precisam ser atenuados ou prevenidos completamente para que a integridade cutânea seja mantida. Diante disso, traçamos como **objeto de estudo**: O conhecimento pela Enfermagem da Escala Preditiva de Braden na prevenção das úlceras de pressão. E como **problema** o seguinte questionamento: Como a enfermagem sistematiza a assistência na prevenção das úlceras de pressão? **Objetivos**: Identificar o que a Enfermagem conhece a respeito de Escala preditiva de Braden; Comparar o que sabem com o que fazem para prevenir as úlceras de pressão. **Metodologia**: quanto à tipologia trata-se de um estudo de caso, descritivo e utilizaremos a abordagem quantitativa. A pesquisa teve como cenário a Unidade de Terapia Intensiva, de uma instituição pública, de médio porte, classificada como hospital geral.

INTRODUCCIÓN

La prevención de las úlceras de presión ha sido y sigue siendo un cuidado importante en la Enfermería. Comprender la práctica del cuidar, hoy, a partir del vertiginoso desarrollo científico y tecnológico, solo es posible a partir de una profunda concepción con relación al holismo, o sea, un cuidar que ve delante de sí la persona integralmente. Por eso se hace necesario investigar y explorar los elementos que integran el cuidado para con la piel, para mantenerla íntegra durante todo el proceso de internación del cliente.

En este sentido, estas cuestiones nos impulsan a estudiar la dinámica de actuación del Enfermero referente a los elementos necesarios para la preservación de la piel. Por eso, es preciso abordar algunos conceptos. De acuerdo con Brunner y Suddarth¹, *Úlceras de presión son áreas de necrosis localizadas en la piel y en los tejidos subcutáneos, producidos por compresión*. Podemos decir que las causas de las úlceras de presión son innumerables y comprenden factores de naturaleza intrínseca y extrínseca; entre estos podemos citar la presión ejercida sobre la piel y los tejidos subcutáneos, que interfiere en la provisión sanguínea, o sea, impeliendo la irrigación del tejido en la región de presión. A consecuencia de este hecho y considerando el tiempo prolongado de presión el tejido podrá necrosarse, o sea, la muerte. Otros factores contribuyen a la formación de úlceras por presión como la malnutrición, edema y humedad.

Ante el conocimiento de los factores que predisponen la aparición de una úlcera por presión, incluso cuando ya tenemos la lesión instalada, se hace necesario el establecimiento de metas y un planeamiento que nos oriente a un tratamiento que sea específico, de acuerdo con la característica del tejido, estadios de la lesión, entre otros elementos; así como orientar nuestras acciones para establecer el proceso evaluativo continuo que nos lleve a adoptar acciones preventivas y no solamente curativas.

Sabemos que en la asistencia a la salud, en su gran mayoría, los profesionales orientan sus acciones hacia las actividades de recuperación y tratamiento del cliente, lo que deja desear, algunas veces, en intervenciones encaminadas a los aspectos preventivos o de profilaxis. Presuponemos que tales hechos se dan en virtud de conocimientos deficientes, o incluso por falta de entrenamiento para detección precoz de las úlceras por presión.

Otro punto a considerar es que en el ámbito de la legislación, y podemos decir de las responsabilidades de la Enfermera, están incluso los cuidados con la manutención de la integridad de la piel. Así se hace evidente la necesidad de desarrollar cuidados destinados a la prevención y manutención de la piel íntegra. Y por eso, es fundamental conocer la estructura de la piel y función de la misma como fundamento, tanto de la prevención como de los cuidados eficaces de las heridas.

En este sentido, tomamos como base la inserción de la Escala de Braden en la asistencia al cliente internado, toda vez que se trata de un instrumento que permite hacer una evaluación minuciosa del cliente, en lo tocante a la piel. Fortaleciendo así la base para las intervenciones preventivas, pues esta Escala trabaja con la evaluación de riesgo para el desarrollo de úlceras de presión.

Por todo eso, buscando establecer una relación entre la práctica del enfermero y las actividades preventivas dirigidas a la prevención de úlceras de presión, trazamos como objeto de estudio: El conocimiento, por la Enfermería, sobre el uso de la Escala Braden en la prevención de las úlceras de presión.

Algunas escalas fueron desarrolladas por estudiosos, y estas tienen por objetivo auxiliar al Enfermero en una evaluación profunda sobre el estado general del cliente y su grado de dependencia.

Una de esas escalas es utilizada y considerada por algunos profesionales de la enfermería como la más completa: Escala Predictiva de Braden. Para la medida de prevención de las úlceras en una rutina de enfermería es de suma importancia que los enfermeros tengan conocimiento y usen en su práctica esta Escala, pues ella permite la realización de un levantamiento de los problemas, planeamiento de los cuidados y una evaluación completa del cliente.

Además, con la utilización de esa escala, siguiendo paso a paso, es posible evaluar entre otros ítems, el estado nutricional, nivel de movilidad, factores de riesgo encontrados en la piel, alteraciones del sistema circulatorio. Después de la evaluación, siguiendo la escala ítem por ítem, el enfermero consigue llegar a una puntuación final, la cual determinará el riesgo de desarrollo de úlceras por presión. Y a partir de esta premisa será posible elaborar un plan de cuidados para cada cliente, a partir del valor encontrado.

En base a tales consideraciones, en la asistencia de Enfermería y las interfaces entre conocimiento y práctica preventiva de las úlceras por presión, planteamos la siguiente problemática, y tenemos la siguiente indagación: **¿Cómo la Enfermería sistematiza la asistencia en la prevención de las úlceras de presión?**

Enfocamos este problema debido al hecho de que la mayoría de las lesiones tiene como principal causa los factores extrínsecos, los cuales pueden ser evitados, o incluso controlados por el Enfermero para evitar la aparición de una lesión. La práctica en su mayoría muestra que las lesiones surgen después de la admisión hospitalaria. De ahí podemos inferir que algo equivocado podrá estar aconteciendo en la asistencia hospitalaria,

lo que puede ser comprobado por el hecho de que las úlceras de presión se desarrollan, en su mayoría, después de la admisión hospitalaria, configurándose así, en una problemática directamente relacionada a la asistencia de enfermería.

Los equipos prestadores de cuidados de salud deberán poseer los conocimientos necesarios para identificación y cuantificación de los factores intrínsecos y extrínsecos que causan las úlceras de decúbito. Un elemento que podrá ser de gran utilidad es el uso de un sistema de puntuación adecuado, que permitirá realizar una evaluación previa, y así determinar cuidados preventivos. Además de eso, los encargos inherentes a los cuidados con las heridas crónicas, en términos de tiempo dispensado por el personal y de gastos materiales, son enormes y podrían ser mejor invertidos en esfuerzos dirigidos a la prevención.

Es difícil calcular el costo real de los cuidados con las úlceras de presión, que está relacionado con el tiempo de internación, materiales, personal entrenado. Sin embargo, debemos atenernos también a un costo no revelado, que está inserto en el ámbito emocional de la familia y del cliente asistido, en términos de dolor, vergüenza de la lesión, baja auto estima y sufrimiento. Un dato importante es expuesto en un estudio inglés, que revela en sus estudios que el costo del tratamiento de úlceras de presión puede llegar a 750 millones de libras al año. Esa suma es mayor que el costo del tratamiento de dolencias cardíacas en el Reino Unido (500 millones de libras por año). Y según el autor Dealey²

el autor Preston calculó el costo de las úlceras de presión en los pacientes de una comunidad, en un determinado distrito. Ello sugiere que el distrito "pierde" 250 mil libras por año tratando este tipo de paciente. El costo de un colchón adecuado para evitar más daños de tejido después del alta o durante la internación es de 450 libras, lo que indica que la prevención es más barata que la cura.

En este sentido, los estudios presentados por los autores, refuerzan la necesidad del desarrollo de acciones dirigidas a prácticas preventivas a la aparición de úlceras de presión. Y argumentan la necesidad de inversiones en entrenamiento y prácticas preventivas en salud. Por eso el desarrollo de estudios sobre el costo de la salud puede funcionar como uno de los elementos de evaluación de los cuidados empleados.

Por todo ello, el presente estudio defiende la hipótesis de que mucho enfermeros no conocen las escalas predictivas, en especial la escala de Braden, que auxilian en la prevención de la aparición de las úlceras de presión, pues son armas eficaces y habilitan al enfermero para el proceso de cuidar de la piel en clientes internados en Unidad de Terapia Intensiva.

Insistir con el equipo de enfermería y con los enfermeros sobre la realización de curativos basados en técnicas rigurosamente estériles es una de las prioridades y necesidades de la asistencia, así como la actualización profesional para el proceso de cuidar y tratar las lesiones de la piel como las úlceras. De gran importancia es el aspecto preventivo de las úlceras por presión, y por eso acreditamos que el conocimiento, o incluso el refuerzo en la utilización de las Escalas Predictivas, son armas eficaces en nuestro cotidiano para la prevención y el control de úlceras. En este sentido, tomando en consideración nuestra premisa, trazamos como objetivos:

***Identificar** lo que los Enfermeros conocen al respecto de la escala predictiva de Braden;

* **Comparar** lo que saben con lo que hacen para prevenir las úlceras de presión.

Acreditamos que nuestro estudio aporta contribuciones para los enfermeros, ayudando a la práctica de la prevención de las úlceras por presión, a través de la utilización de las escalas predictivas. Y así puedan establecer planos de cuidados dirigidos a la prevención. Otra cuestión asistencial es que posibilitará al enfermero a realizar entrenamientos en su equipo, para la prevención de úlceras, y así podrá interferir reduciendo el tiempo de hospitalización de algunos clientes. Y de esta manera contribuirá a la asistencia de enfermería.

En lo tocante a la investigación, nuestro trabajo quiere fomentar estudios para la prevención de úlceras de presión, estimular el desarrollo de nuevas investigaciones sobre este tema, toda vez que pesquiza genera pesquiza, y lanza nuevas lagunas del conocimiento que necesitan de estudios que fundamenten la práctica de enfermería.

Y en lo que se refiere a la enseñanza, esta vertiente es fundamental, pues acreditamos que el estudio posibilita incitar discusiones sobre la temática, y la inserción más detallada en lo que se refiere a los contenidos programáticos de las disciplinas, enfocando la dinámica de la prevención de las úlceras en los estudios de la graduación en enfermería. Y así incentivar e incluir en el mercado de trabajo enfermeros preparados para los problemas de la asistencia de enfermería.

ALGUNOS CONCEPTOS FUNDAMENTALES

Las tentativas humanas de intervenir en el proceso de cicatrización de las heridas, accidentales o provocadas intencionalmente como parte de la realización de procedimientos, retrotraen a la antigüedad, demostrando que desde entonces ya se reconocía la importancia de prevenirlas para evitar que se complicasen y repercutiesen en daños locales o generales para el paciente.

Hoy se sabe que algunas lesiones son consecuencia de hechos inherentes a la dolencia y al estado del paciente de alto riesgo, sin embargo la mayor parte del problema puede ser evitado a través del uso de materiales y equipamientos adecuados para alivio de la presión, cuidados adecuados con la piel y consideraciones con aspectos nutricionales. La presencia de úlcera de presión ha sido considerada un indicador de calidad de servicio de salud en América del Norte y Europa y se han realizado esfuerzos para el establecimiento de directrices que orienten la práctica a la reducción del problema.

La herida crónica fue definida por Fowler in Dealey³ como: una herida donde hay déficit de tejido como resultado de una lesión duradera o con reincidencia frecuente. A pesar de los cuidados médicos y de Enfermería, esas heridas no cicatrizan fácilmente. Ellas tienen más probabilidad de aparecer en las personas ancianas o en las personas con problemas sistémicos múltiples. Las heridas crónicas provocan gran incomodidad y mucho dolor.

De acuerdo con Dealey³

“Una úlcera de presión puede ser descrita como una lesión localizada en la piel provocada por la interrupción del abastecimiento de sangre en el área, generalmente provocada por presión, rompimiento o fricción o una combinación de las tres”.

Durante mucho tiempo las úlceras de presión fueron consideradas como faltas de tratamiento y, particularmente, consecuencia de una enfermería deficiente, según decía

Florence Nightingale. Ella achacaba las úlceras de presión como culpa de la enfermera y no de la dolencia. Un famoso médico francés (Charcot) afirmaba que los médicos no podrían hacer nada en relación a ellas.

Esa actitud hoy en día está cambiando y hay una consciencia mayor, intentando descubrir la verdadera causa, en vez de echar la culpa a otra persona. Sin embargo, la Enfermería continúa teniendo responsabilidades con esta dolencia.

Anatomía y Fisiología de la Piel

La piel, el mayor órgano de nuestro cuerpo, tiene de media, en el adulto, un área total de 2m, pesa aproximadamente 2.7kg. recibe 1/3 del volumen de sangre circulante, es activa, siendo sus funciones vitales para la manutención de los mecanismos de defensa contra dolencias. Es el revestimiento del cuerpo, formando una barrera de protección contra el medio externo, al mismo tiempo que mantiene la homeostasis. Segrega y expele agua y productos metabolizados, participa de la regulación de la temperatura corporal, contiene terminaciones nerviosas sensitivas, participando del *feedback* sensorial para equilibrio, protección contra heridas, defensa contra organismos patógenos, siendo por lo tanto, indispensable para la vida humana.

Kreutz y Silva⁴ refieren que:

“El hecho de que la piel nos sea familiar y palpable, no significa que sea simple y que la conozcamos adecuadamente. Tampoco que sepamos cuidarla o tratarla de esa misma forma.”

La manutención de su integridad es un proceso complejo porque numerosos hechos influyen en su capacidad para proveer adecuadamente sus funciones, por ejemplo la edad, exposición a la radiación ultravioleta, hidratación, medicaciones, nutrición, daños, entre otros.

Dealey³ enfatiza la necesidad del conocimiento de la estructura y función de la piel como fundamento, tanto para la prevención, como para los cuidados eficaces de la herida. Wysocki y Bryant⁵

“Refuerzan esa afirmación, refiriendo que el conocimiento básico sobre la estructura y función de la piel da a la enfermera la capacidad para distinguir, basándose en datos colectados a través de entrevista y evaluación del paciente, cada tipo de daño a la piel y, a partir de ahí, iniciar la prevención y tratamiento.”

La piel posee dos capas: la epidermis, más superficial, y la dermis, subyacente a aquella. La dermis es rica en fibras colágenas y elásticas que dan a la piel la capacidad de extenderse cuando es estirada, volviendo a su estado original cuando la tracción es interrumpida. Está ricamente irrigada, poseyendo una extensa red de capilares y nervios. Reposa en la tela subcutánea, que es rica en tejido adiposo. El tejido adiposo varía de acuerdo con la parte del cuerpo. Es más espeso en el sexo femenino que en el masculino y tiene como funciones impedir la pérdida de calor, y hacer la reserva de material nutritivo.

La piel posee también numerosas glándulas sudoríparas, sebáceas y folículos pilosos. Las glándulas sudoríparas están localizadas en la dermis o tela subcutánea, teniendo como función la regulación de la temperatura corporal, porque su secreción, el sudor, absorbe

calor por evaporación del agua, poseyendo también un largo y tortuoso conducto secretor que atraviesa la epidermis, destapándose en la superficie de la piel por medio de poros. Las glándulas sebáceas se localizan en la dermis, siendo su secreción conocida como sebo, que sirve para lubricar la piel y los pelos.

El color de la piel depende de la cantidad de pigmentación, de la vascularización y de la espesura de los extractos más superficiales de la epidermis. Entre los pigmentos encontrados en la piel, la melanina es el más importante y su cantidad varía con la raza, con la pigmentación tras la inflamación, exposición al calor, a los rayos solares y a los rayos X.

Prevención de úlceras

Las prevenciones de las úlceras de presión fueron y continuarán siendo un cuidado importante en la Enfermería, y por qué no decirlo, retrata la calidad de la asistencia de enfermería. Comprender la práctica del cuidar sólo es posible a partir de una concepción holística, o sea, un cuidar que vea delante de sí a la persona integralmente.

Todos los pacientes confinados en cama por períodos prolongados, con disfunción motora y sensitiva, con uso de sedativos, presencia de edema, atrofia muscular y reducción del *coxim* (almohada que en las heridas absorbe líquidos) son propensos al desarrollo de úlceras de presión. Por esos motivos se hace necesario implementar actividades diarias de prevención de úlceras para esos pacientes. Según Stei⁶:

“Evaluar el nivel de movilidad, tono muscular o presiones locales prolongadas y fuerza de estiramiento; Verificar alteraciones del sistema circulatorio; La evaluación diaria del paciente, cabe al Enfermero la inspección y descripción individualizada de los lugares críticos y de los demás factores de riesgo, relacionados con el desarrollo de las úlceras de presión y clarificar un cuadro de identificación”

que consiste en:

“Evaluar las condiciones generales de la piel al menos dos veces al día; Evaluar las áreas en cuanto a la respuesta de palidez; Identificar los factores de riesgo, observando la presión, eritema, unidad, erupciones; Evaluar el estado nutricional, hidratación, inmunodepresión, incontinencia y traumas múltiples; Identificar alteraciones del hematocrito, hemoglobina, bioquímica de la sangre y valores de albúmina sérica; Registrar aspectos importantes”.

Escalas Predictivas

Con la intención de colaborar en la prevención de úlceras de presión, ofreciendo subsidios para que los enfermeros pudiesen más objetivamente indicar qué pacientes son los que corren riesgo para desarrollarlas, varios investigadores elaboraron escalas para predecir el riesgo para su formación. Entre las más citadas están las de Norton, de Gosnell, de Waterlon y de Braden.

La primera escala desarrollada fue la de Norton en el inicio de los años 60. La escala consiste de cinco factores de riesgo: condición física, estado mental, movilidad e incontinencia. Cada uno de los factores de riesgo es dividido en varios niveles, y cada nivel es puntuado en una escala de 1 a 4, con una o dos palabras descritas para cada nivel. La suma

de los cinco niveles produce un score que puede variar de 5 a 20, con un bajo score indicando riesgo aumentado.

Gosnell, en 1973, hizo una adaptación de la escala de Norton, dando importancia a la nutrición y retirando condición física. La escala de Gosnell está constituida también por cinco factores de riesgo: estado mental, incontinencia, movilidad, actividad y nutrición, conteniendo tres o más palabras o sentencias descriptivas para cada factor de riesgo.

Además de eso, la autora también estudió algunas variables adicionales, tales como temperatura corporal, presión sanguínea, color y apariencia general de la piel, medicación y diagnóstico médico, sin embargo no las incluyó en la puntuación. La faja de puntuación posible para la escala de Gosnell varía de 5 a 20, cuanto más bajo es el score el paciente presentará más riesgo.

Según Dealey³, la escala más ampliamente utilizada en los hospitales del Reino Unido es *la puntuación de Waterlow*. Esta puntuación está constituida por mayor número de factores de riesgo que la de Norton y la de Gosnell, considerando: constitución/peso para altura, continencia, áreas visuales de riesgo/tipo de piel, sexo/edad, movilidad, apetito, malnutrición de los tejidos, débito neurológico, cirugía de gran porte/trauma y medicación.

La escala de Braden es bastante utilizada en los Estados Unidos de América y Brasil, también es la única escala validada en Brasil. Ella está compuesta de seis subescalas.

De acuerdo con Dealey³, Las escalas de riesgo son útiles, trayendo *beneficios en la evaluación sistemática del paciente, debiendo el equipo de enfermería tener el cuidado de utilizar las medidas preventivas cuando el paciente es considerado de riesgo*.

Según la autora, esa evaluación debe ser regular y no ocasional, como es el caso de su aplicación únicamente en la admisión del paciente.

La puntuación de Braden (ampliamente utilizada en los EUA, Brasil), tiene una sensibilidad mayor y es más específica que otras escalas. Con la escala de Braden son evaluados seis factores de riesgo en el paciente, entre ellos: Percepción Sensorial, Humedad, Actividad, Movilidad, Nutrición, Fricción y Estiramiento. Al final de la evaluación llegamos a una puntuación, que nos dice: Abajo de 12 = Riesgo elevado, 13-14 = Riesgo moderado, 15-16 = Bajo riesgo. Asociados a esa evaluación, según Braden, otros factores deben ser analizados: Uso de Corticoide, Neoplasias, Deshidratación, Diabetes Mellitus, Insuficiencia Renal, Insuficiencia Cardíaca, DPOC, Traumas Múltiples, Sedación, Obesidad o Caquexia.

Ese modelo de indicador de riesgo arriba mencionado está dirigido para hospitales y no encaja inmediatamente en el escenario comunitario. Para esto fue desarrollado otro indicador, que no viene al caso en este momento.

Paranhos y Santos⁷, validaron en Brasil la escala de Braden para la lengua portuguesa. Constataron al realizar tests de sensibilidad, especificidad y validez predictiva positivo y negativo, en la primera evaluación de los pacientes, que el score 13 fue el mejor predictor, que llegó más próximo a la validación ideal. Fue hecha una segunda evaluación, 48 horas después de la primera, el score de 11 fue el que obtuvo mejor desempeño, con 68% de sensibilidad y 84% de especificidad, validez predictiva de 78% para test positivo y 76% para test negativo. En la última evaluación, el score 13 presentó mejor predicción para tests positivos de 80% y negativos de 94%.

No fueron hechos estudios sobre la confiabilidad de ese modelo, sin embargo, a pesar de las críticas hechas, hay beneficios en utilizar un método sistemático de evaluar e identificar pacientes con riesgo de desarrollar úlceras de presión. La importancia de una evaluación regular de los pacientes, en vez de evaluaciones ocasionales. Se debe observar también que, una vez que el paciente es clasificado como de riesgo, es preciso tomar actitudes preventivas. La ausencia de esas actitudes puede hacer que el Enfermero sea acusado de quiebra del código de ética, Tiago⁸.

Rutina de Prevención

Para las medidas de prevención de las úlceras es necesario que sea utilizada una rutina de prescripción de enfermería, elaborada después de un período de profundidad sobre el asunto, realizada y respetada por todo el equipo multidisciplinar. La misma consiste en: Levantamiento del problema; Levantamiento de los cuidados; y la Evaluación.

En la internación del paciente el Enfermero realiza una inspección general, incluyendo la escala de Braden y el examen físico: Observa la integridad de la piel, el estado general del paciente, considera los factores de riesgo y registra los datos junto a la evolución diaria del paciente. Partiendo de ahí especifica las rutinas de prevención, que incluyen:

- La piel deberá limpiarse en el momento en que se ensucie. Evite agua caliente y use un jabón suave para no causar irritación o resecamiento de la piel. La piel seca debe ser tratada con cremas hidratantes de uso común.
- Evite masajes en las regiones de prominencias óseas o al observar bermellón, manchas rojas o bollas, pues esto indica el inicio de la úlcera y el masaje va a causar más daños.
- Si la persona no tiene control de orina use pañales desechables o absorbentes y cambie la ropa en cuanto sea posible.
- El uso de una posición adecuada y el uso de técnicas correctas para transferencia de la cama a la silla de ruedas y cambio de decúbito pueden disminuir las heridas causadas por fricción. La persona precisa estar erguida al ser movida y nunca arrastrada contra el colchón.
- Las personas que no están alimentándose bien precisan recibir un complemento alimenticio para que no queden con deficiencias que pueden llevar la piel a estar más frágil.
- Los cambios de posición o decúbito deben ser hechos por lo menos cada dos horas si no hay contraindicaciones relacionadas con las condiciones generales del paciente. Un horario por escrito debe ser hecho para evitar olvidos.
- Traveseros o almohadas de espuma deben ser usadas para mantener las prominencias óseas lejos del contacto directo uno con el otro. Los talones deben ser mantenidos levantados de la cama usando un travesero debajo de la pantorrilla.
- Cuando la persona estuviera en decúbito lateral, se debe evitar la posición directamente sobre el trocanter.
- La cabecera del lecho no debe quedar mucho tiempo en la posición elevada para no aumentar la presión en las nalgas, lo que lleva al desarrollo de la úlcera de presión.
- Si la persona al quedar sentada en silla de ruedas o sillones debe usar una almohada de aire, agua o gel, pero nunca aquellas almohadas que tienen un orificio en medio, pues ellas favorecen el aumento de la presión y la presencia de la herida.

- Use un colchón especial que reduzca la presión como el colchón de aire. El colchón caja de huevo aumenta el confort más no reduce la presión. Para la persona que ya tiene la úlcera el adecuado es el colchón de aire.
- Diariamente debe examinarse la piel de la persona que puede tener úlceras. Si presenta inicio del problema no dejar a la persona sentarse o acostarse encima de la región afectada y procurar descubrir la causa del problema para que no agrave.
- Para el tratamiento de la úlcera es preciso una evaluación del profesional del estado de la herida, sin embargo, en todos los casos lave solamente con suero fisiológico o agua, no use jabón, alcohol, merthiolate, mercurocromo, yodo.

Los cuidados y la prevención de las úlceras de presión deben ser una preocupación constante de los profesionales motivándolos a procurar informaciones y buscar nuevos recursos que permitan implantar el tratamiento y ofrecer al paciente la mejor asistencia posible.

Para que eso pueda ser efectivo, se hace imprescindible orientar y educar a todos aquellos que prestan alguna influencia en el proceso de prevención-tratamiento-cicatrización. Todos precisan entender la causa, los factores predisponentes, conocer los mecanismos de prevención y las condiciones ideales para la cura. Los profesionales, los familiares, los educadores y el paciente tienen que ser conscientes de todos estos aspectos para que sumen fuerzas y contribuyan positivamente en todo proceso de prevención.

METODOLOGÍA

Para desarrollar nuestro estudio, trazamos el camino metodológico, donde el abordaje de nuestro estudio es cuantitativo, encajándose dentro de la tipología de los estudios de caso y de naturaleza descriptiva. Y siendo así, la pesquisa fue realizada en una institución pública del Municipio de Nova Friburgo, de medio porte, clasificada como Hospital General. El **escenario** específicamente analizado fue la Unidad de Terapia Intensiva, lugar donde encontramos más pacientes con alto grado de dependencia y que desarrollan más fácilmente úlceras de presión.

Para obtención de datos, analizamos las rutinas diarias implementadas y realizadas por el equipo de Enfermería en este sector y también fue utilizado un cuestionario, que fue respondido por parte del equipo de enfermería de esta Unidad de Terapia Intensiva.

En cuanto al momento de entrada en el campo, propiamente dicho, fue utilizada una estrategia propuesta por Cruz Netto⁹, *en el sentido de vencer los obstáculos que pueden dificultar o hasta incluso imposibilitar esa etapa de la pesquisa*. Esta estrategia consiste en la presentación y discusión de la propuesta de estudio con el grupo arrollado, para clarificarlos sobre lo que pretendemos investigar y las repercusiones positivas del proceso de investigación. Según este autor, debe ser establecida una relación de cambio y el investigador debe tener siempre en mente que: *la búsqueda de las informaciones que pretendemos obtener está inserta en un juego cooperativo, donde cada momento es una conquista basada en el diálogo y que rehuye la obligación*.

Después de la presentación y discusión del proyecto de investigación con los miembros del equipo de enfermería, fueron seleccionados como sujetos de la investigación aquellos que aceptaron participar de la misma. Y estos son todos los miembros del equipo de enfermería colocados en este sector, inclusive estudiantes y residentes de enfermería, en un periodo mínimo de 5 días y en el máximo no determinado, estos trabajan en esta Unidad de Terapia

Intensiva. Además, tienen contacto continuo y diario con pacientes internados en este sector y con gran probabilidad de desarrollar úlceras de presión.

Todas las personas participantes de la investigación tuvieron acceso al término de consentimiento, en el cual están contenidos los objetivos del estudio, el tema y problema propuestos, así como las justificativas y contribuciones de esa investigación. Además del acceso facilitado, el término de consentimiento, esto también fue debidamente asignado por el contribuyente de la investigación, como determina la resolución 196/96.

ANALIZANDO LOS DATOS...

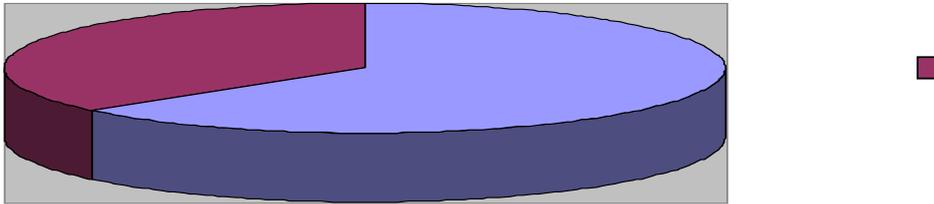
Utilizamos como instrumento para la colecta de datos un cuestionario. Y este se pasó a un total de 11 personas, todas miembros del equipo de Enfermería, quienes respondieron al instrumento, consintiendo también en participar del estudio.

En este sentido, al atender a las premisas investigadoras del estudio pudimos percibir varios aspectos de la asistencia, en lo tocante a la utilización de escalas predictivas y a la asistencia de enfermería orientada al cuidado de úlceras por presión y a partir de estos pensamientos nos fue posible percibir que:

- 1) La gran mayoría de los participantes de la pesquisa no utiliza ninguna escala predictiva en la prevención de las úlceras de presión, no vale decir que esta pregunta fue destinada solo a los Enfermeros de esta Unidad de Terapia Intensiva, pues, solamente Enfermeros están habilitados para aplicar la escala de Braden y evaluar diariamente al paciente, basándose en la misma.
- 2) También es un hecho, de acuerdo con lo que respondieron, que no conocen la escala predictiva de Braden o cualquier otra.

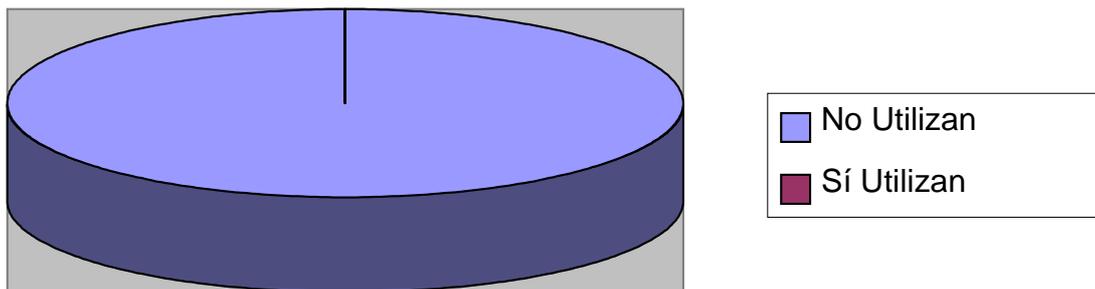
Siendo así, se percibe que el 90,9% de los cuestionarios respondidos decían que no utilizan cualquier escala predictiva en su práctica diaria, solo 0,1% la utiliza. Ya, con relación al conocimiento de la escala de Braden, fue diferente: 63,6% no conocen, mientras que 36,4% conocen o ya oyeron hablar al respecto de la escala predictiva de Braden. Los gráficos que siguen muestran más claramente esas proporciones.

Gráfico 01: Relacionado al Conocimiento Sobre Escalas Preditivas



Fuente: Colecta y Tabulación de datos

Gráfico:02: Relacionado a la utilización de las Escalas



Fuente: Colecta y Tabulación de datos

Prosiguiendo el análisis de datos, se preguntó lo siguiente: ¿Qué cuidados de Enfermería emplea usted en el control de la humedad?

Las respuestas seleccionadas se pueden distribuir en las siguientes categorías: Cambio de pañales periódico, cambio de sábanas, uso de jontex (preservativo) y uso de sonda vesical. La respuesta que fue utilizada un mayor número de veces fue la de cambio de pañales periódico, o sea, el cuidado de enfermería más empleado en este sector con el objetivo de prevenir la humedad constante de la piel es el cambio de pañales.

Partiendo de ahí es posible destacar que si los miembros de ese equipo de enfermería no se preocupan en mantener una temperatura ambiente ideal, o sea, utilizar el aire acondicionado, por tratarse de un ambiente cerrado y con poca circulación de aire, los pacientes pueden presentar una predisposición mayor a la sudoración.

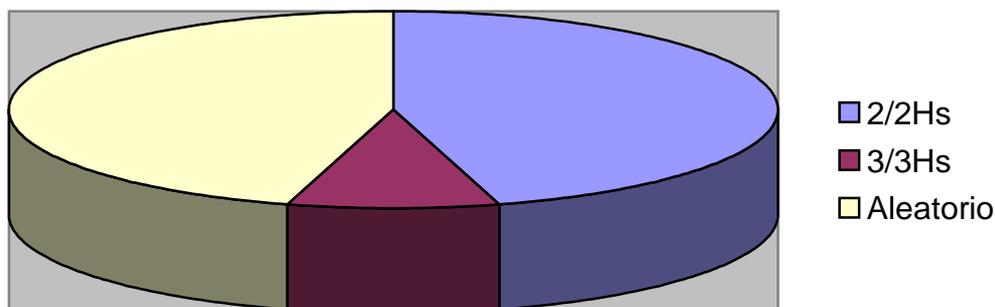
En cuanto a la implementación del uso de comadres o *patinhos* (orinales masculinos) es más difícil, pues según los miembros del equipo: la mayoría de las veces los pacientes

están con nivel de conciencia reducido y por eso necesitan constantemente el uso de pañales.

De acuerdo con las respuestas dadas por la enfermería de este sector, con relación a la evaluación nutricional del paciente (pregunta número 8), fue unánime, todos respondieron de la misma forma: el paciente no es evaluado nutricionalmente. De acuerdo con informaciones cogidas junto a la Jefa de Enfermería del sector, no hay un trabajo interdisciplinar del equipo multiprofesional, con el objetivo de prevenir las úlceras de presión. Normalmente, enfermería y nutrición no trabajan en conjunto.

Ya con relación a la pregunta número 9, que investigó el tiempo establecido para la realización del cambio de decúbito obtenemos algunas variaciones en las respuestas como muestra el gráfico nº 03 abajo:

Gráfico 03: Relacionado a la Variación Tiempo para Mudanza de Decúbito



Fuente: Colecta y Tabulación de datos

De acuerdo con el gráfico podemos observar que el 45.5% de las respuestas son referentes al cambio de decúbito dentro del período de 2/2 horas, la cual se encuentra dentro de los parámetros recomendados para la práctica preventiva. Pues es sabido que el tiempo máximo que un cliente dependiente podrá permanecer en la misma posición es de dos horas, toda vez que un tiempo superior a esto repercute en lesiones de estadio I.

Varios estudios demuestran que la práctica del cambio de decúbito representa una fuerte aliada en el combate contra la úlcera por presión, pues de acuerdo con Dealey³ al realizar el cambio de decúbito estaremos interrumpiendo un proceso de hipoxia celular (local), presión sobre los tejidos, interrupción del flujo sanguíneo y la sensación de ardor, quemazón y adormecimiento localizada. Y así interfiere en el proceso de necrosis y aparición de la lesión.

Otro dato importante es la cuestión de que el 45,5% de los participantes del estudio apuntan que el cambio de decúbito es realizado de acuerdo con las condiciones de los clientes, y del equipo de enfermería.

También se preguntó a esas personas qué cuidados son empleados para disminuir la presión y el rompimiento. Prácticamente todos respondieron que apenas es utilizado en ese sector el colchón cascarón de huevo (cuando posible) y el uso de coches (almohadilla), independientemente de si el paciente tiene alto riesgo para desarrollar úlceras de presión, o no.

A partir de esas informaciones se puede percibir que el equipo de enfermería de esta Unidad de Terapia Intensiva no utiliza cualquier rotero o seguimiento para prevenir las úlceras de presión y que los cuidados empleados para la prevención de las mismas son hechos de forma automática y de acuerdo con las condiciones de trabajo ofrecidas por la institución. Condiciones esas que son carentes de materiales, utensilios hospitalarios y mano de obra especializada.

Observando la práctica...

En un segundo momento fue hecha una observación directa de la rutina diaria de cada turno. Durante algunos días permanecí en el sector por algunas horas en un período diario y, también en un período nocturno.

La observación directa tendría por objetivo descubrir cuáles son los cuidados implementados por el equipo de enfermería de ese sector para prevenir las úlceras de presión, partiendo de ahí sería posible alcanzar el segundo objetivo de ese estudio: comparar lo que saben con lo que hacen para prevenir las úlceras.

Las rutinas ejecutadas son simples y básicas, acredito sea debido a las pocas condiciones de trabajo existentes en ese sector. Durante ese período pude percibir que la enfermería posee cierto conocimiento respecto de la etiología de las úlceras de presión y cómo es importante su prevención, sin embargo no hay énfasis en las actividades para que se puedan prevenir las mismas, por ejemplo: en el sector hasta es preconizado realizar la variación de decúbito de 2/2hs (dependiendo del paciente), sin embargo la misma solo acontece 2x por turno. Algunos servicios hasta hacen más de 2x veces, mas por lo que pude percibir, es más común solo acontece 2 ó 3x, en el máximo por turno.

Otra cosa interesante de analizar es que, a pesar de solo existir una Enfermera en el sector, los técnicos y auxiliares, acaban haciendo el examen físico diario del paciente e inspeccionan detalladamente la piel del cliente en cuestión, por lo menos 2x por día. Normalmente eso acontece durante el baño (por la mañana) y antes del cambio de turno.

Ya el uso del colchón cáscara de huevo solo ocurre cuando la familia se prepara a adquirirlo. Este no es cedido por la institución. Siendo así, solo aquellos que tienen condiciones económicas, pueden hacer uso de sus beneficios.

Es importante destacar que el equipo de enfermería tiene plena y total consciencia de la importancia del uso de este colchón, tanto que durante el momento de la admisión, la primera cosa que luego providencian es el contacto con la familia para que lo adquiera.

Como la institución en cuestión dispone de recursos humildes ese es uno de los pocos artificios existentes para la prevención de las úlceras. Artificios existentes en hospitales muy bien equipados, como colchón de aire y neumático es prácticamente imposible de tener.

Como ya fue dicho anteriormente no hay un trabajo efectivo y en conjunto de la enfermería con el servicio de nutrición. De esta forma, la evaluación nutricional de la piel no es hecha. Eso desde el punto de vista nutricional. Pues, en cuanto a la evaluación de la perfusión periférica de la piel, esta sí es hecha constantemente por la enfermería.

De acuerdo con la rutina observada, pude percibir que el cuidado de enfermería más utilizado para el control de la humedad de la piel del paciente es el cambio de pañales periódicos y el control de la diuresis por medio de sonda vesical. La observación solo vino a comprobar lo que los participantes de la investigación respondieron en el cuestionario (instrumento citado anteriormente).

La enfermería usa protección continua para las protuberancias óseas, sin embargo, este cuidado solo acaece para aquellos pacientes más privados nutricionalmente de tejido adiposo, pues esta protección es hecha con cojines y pedazos de colchón cáscara de huevo. Mas como estos utensilios son escasos, no siempre se pueden ofrecer a todos los clientes.

Todos los días, el paciente es evaluado por la escala de Glaslow, Eso quien lo hace normalmente es la Enfermera o el médico de guardia.

La piel de los pacientes es hidratada con aceite de girasol o aceite canola, ese es un cuidado preconizado por la jefa del sector, pues a través de estudios anteriores con el uso del aceite de girasol y canola, fue comprobado que esas soluciones tienen un alto poder hidratante y cicatrizante en heridas que no están infectadas.

Ya la aplicación de pomada en región genital solo acaece cuando hay necesidad, o sea, cuando el paciente, por algún motivo desarrolló cualquier escozor en esa región, fuera de eso no es tenido como rutina.

Otro cuidado importante que pude percibir es que la enfermería está siempre atenta a los lugares en el cuerpo del paciente que puedan estar con posibles contenciones de movilizaciones. También hay una evaluación cuidadosa para que los sábanas estén siempre muy bien estiradas. Eso también se debe a ser una rutina “amarrar los sábanas” y no, usar la dobléz. De ese modo están siempre bien estiradas, y en la unidad aún acontece una particularidad, la de no se usar forros, apenas trazados de paño.

Y, finalmente la última rutina a ser observada es si la enfermería está siempre atenta al posicionamiento correcto del paciente en el lecho o silla de ruedas. Eso también acontece con frecuencia a los equipos que se preocupan en posicionar correctamente los pacientes que están inconscientes, y aquellos que se están comunicando, siempre se preconiza su bien - estar.

CONSIDERACIONES FINALES

Después de la colecta de los datos y análisis de los mismos es posible concluir que: La institución, como ya fue dicho carece de materiales, utensilios hospitalarios y mano de obra especializada. Por esos y otros motivos, el trabajo del equipo de enfermería queda perjudicado. También es preciso destacar que el equipo en cuestión carece de reciclajes y cursos de especialización.

El trabajo desempeñado por el cuerpo de enfermería de ese sector a favor de la prevención de las úlceras es simple y básico, mas también es el mejor que pueden hacer. Falta todavía algún conocimiento científico sobre causa y prevención de las úlceras de presión y condiciones mejores de trabajo.

De modo general, la investigación fue muy provechosa, pues pudimos conocer las carencias existentes en esa institución y los problemas a los que se enfrenta el equipo de enfermería de esa Unidad de Terapia Intensiva, en el día a día.

Además, el conocimiento de la escala predictiva de Braden es de gran importancia, y cómo esta puede transformarse en un arma poderosa en manos de una enfermería bien entrenada, que implementa sus acciones.

Otro punto importante fue que las acciones preventivas ejecutadas en este sector, incluso siendo simples y básicas son, en cierta forma, eficientes y atenúan la aparición de las úlceras de presión. También citar que las hipótesis formuladas y los objetivos trazados para la ejecución de este estudio fueron realmente confirmados. Realmente, los equipos de enfermería realizan las rutinas de prevención de úlceras de forma automática, sin seguir cualquier rotero u orientación detallada. No hay entrenamiento para la realización de esta práctica.

REFERÊNCIAS

- 1- BRUNNER, Lillian Sholtis, SUDDART, Doris Smith. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgico**. Tradução: André Luis de Souza Melgaço. 8.ed. Rio de Janeiro, Guanabara. 2000.
- 2- DEALEY, Carol, **Cuidando de Feridas um guia para as Enfermeiras**. Tradução: Eliane Kanner. São Paulo, Atheneu. 1996.
- 3- DEALEY, Carol, Fatores extrínsecos que afetam os cuidados com feridas crônicas. Revista **Nursing**, out/1999.
- 4- KREUTZ, I., SILVA, L. **Pele: Grande, importante e esquecida pelo enfermeiro**. Pelle Sana, v.1, nº4, Maio/Junho. 1999.
- 5- WYSOCKI, t, BRYANT, I. **Feridas**, São Paulo. Ateneu 2000
- 6- STEI, Dirce, Prevenção de Úlceras de pressão: uma maneira Barata e Eficiente de Cuidar. Revista **Nursing**, jan/2001.
- 7- PARANHOS, W.Y.; SANTOS, V. L. C.G. Avaliação do risco para úlceras de pressão por meio da escala de Braden na língua portuguesa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v.33, p.191-204,1999, Número especial.
- 8- TIAGO, Francisco, **Feridas Etiologia e Tratamento**. 4.ed. São Paulo.
- 9- CRUZ NETTO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa social: teoria método e criatividade**. 6º ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia