

RISCO PARA ÚLCERA POR PRESSÃO EM IDOSOS HOSPITALIZADOS: APLICAÇÃO DA ESCALA DE WATERLOW

RISK FOR PRESSURE ULCERS IN HOSPITALIZED OLDER
ADULTS: APPLICATION OF THE WATERLOW SCALE

RIESGO PARA ÚLCERA POR PRESIÓN EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS:
APLICACIÓN DE LA ESCALA DE WATERLOW

Maria das Graças Melo Fernandes^I
Kátia Nêyla de Freitas Macêdo Costa^{II}
Sergio Ribeiro dos Santos^{III}
Maria Auxiliadora Pereira^{IV}
Danielle Samara Tavares Oliveira^V
Silmary da Silva Brito^{VI}

RESUMO: Estudo exploratório que objetivou mensurar o risco para úlcera por pressão em idosos hospitalizados. Foi realizado em hospital universitário, localizado em João Pessoa-Paraíba, Brasil, no período de outubro de 2009 a julho de 2010, envolvendo 53 idosos. Na coleta de dados, utilizou-se um instrumento subsidiado pela Escala de Waterlow. Para análise do material empírico, adotaram-se procedimentos de estatística descritiva. Constatou-se que os idosos com maiores riscos foram aqueles do sexo feminino, que apresentavam aumento ou diminuição do índice de massa corporal, idade acima de 65 anos, comorbidades, maior período de internação e mobilidade física prejudicada. Conclui-se que os idosos evidenciam risco elevado de desenvolver úlcera por pressão, fazendo-se necessária a adoção de medidas para preveni-las, como reduzir o período de hospitalização e melhorar o cuidado de enfermagem daqueles com doenças crônicas e imobilidade.

Palavras-chave: Enfermagem; úlcera por pressão; idoso; medição de risco.

ABSTRACT: This exploratory study aimed to measure risk for pressure ulcers in hospitalized elderly. It was conducted in a university hospital in João Pessoa, Paraíba, Brazil, from October 2009 to July 2010, and involved 53 subjects. Data were collected using an instrument based on the Waterlow Scale. Empirical material was analyzed using descriptive statistics procedures. The elderly patients at highest risk were observed to be females with increased or decreased body mass index, over 65 years of age, with comorbidities, longer hospital stays, and impaired physical mobility. It was concluded that elderly people are at high risk of developing pressure ulcers, calling for preventive measures, such as reducing length of hospitalization and improving nursing care for those with chronic illnesses and immobility.

Keywords: Nursing; pressure ulcer; older adults; risk assessment.

RESUMEN: Estudio exploratorio cuyo objetivo fue medir el riesgo para úlcera por presión en ancianos hospitalizados. Fue llevado a cabo en un hospital universitario de João Pessoa, Paraíba, Brasil, de octubre/2009 a julio/2010, con 53 ancianos. En la recolección de datos, se utilizó un instrumento subvencionado por la escala de Waterlow. Para el análisis del material empírico, se adoptaron procedimientos de la estadística descriptiva. Se comprobó que los ancianos con mayores riesgos fueron los de sexo femenino, que presentaban aumento o disminución del índice de masa corporal, con edad mayor de 65 años, con comorbilidades, mayor período de internación y movilidad física perjudicada. Se concluye que los ancianos evidenciaron gran riesgo de desarrollar úlceras por presión, por lo que es necesario adoptar medidas para prevenirlas, como reducir la duración de hospitalización y mejorar la atención de enfermería de las personas con enfermedades crónicas y inmovilidad.

Palabras clave: Enfermería; úlcera por presión; anciano; medición de riesgo.

INTRODUÇÃO

As taxas de prevalência e incidência de úlcera por pressão (UPP) variam consideravelmente nos diferentes estudos, devido à heterogeneidade das populações e serviços de saúde avaliados. Em estudo

multicêntrico realizado com 843 pacientes, a incidência de UPP foi de 8,5% em hospitais universitários, de 7,4% em centros médicos e de 23,9% em casas de repouso¹. A prevalência em pacientes idosos hos-

^IEnfermeira. Doutora em Sociologia. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Clínica da Universidade Federal da Paraíba. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde do Adulto e do Idoso. E-mail: graacafemandes@hotmail.com.

^{II}Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Clínica da Universidade Federal da Paraíba. Pesquisadora do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde do Adulto e do Idoso. E-mail: katianeyla@yahoo.com.br.

^{III}Enfermeiro. Doutor em Sociologia. Professor Associado do Departamento de Enfermagem Clínica da Universidade Federal da Paraíba. Líder do Grupo de Estudo e Pesquisa em Administração e Informática em Saúde. E-mail: srsantos207@gmail.com.

^{IV}Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem Clínica da Universidade Federal da Paraíba. E-mail: shadora@uol.com.br.

^VEnfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. E-mail: daniellesamara@hotmail.com.

^{VI}Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. E-mail: silmary_ce@hotmail.com.

pitalizados varia de 3% a 11%, mas há relatos de taxas que chegam a 60% (pacientes quadriplégicos) e 66% (pacientes com fratura de fêmur). Em instituições de longa permanência, as taxas de prevalência oscilam em torno de 10% a 25%. Prevalência de 7% a 12% ocorrem entre pacientes recebendo cuidados de serviços de atendimento domiciliário. Na comunidade, os índices relatados são de 3% a 54%².

Nesse contexto, faz-se necessário que a mensuração do risco de desenvolvimento dessas úlceras, visando à prevenção, ao diagnóstico precoce e, conseqüentemente, à implementação de intervenções adequadas, constitua parte da filosofia de cuidado adotada pelos enfermeiros, especialmente quando esse cuidado é dirigido ao idoso hospitalizado, pois tal realidade traz implicações negativas tanto para o idoso (prolongamento do período de hospitalização, desconforto, dor) quanto para a família e para a instituição³.

Considerando essas implicações, o uso de instrumentos com vistas à predição de risco do fenômeno constitui um dos indicadores de prevenção bem sucedida e de qualidade da assistência à saúde⁴. Cabe destacar que, para a identificação de fatores de risco para o problema em questão, os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, devem aplicar escalas testadas e validadas para esse fim. Ante o exposto, este estudo teve como objetivo identificar o risco para UPP em idosos hospitalizados, utilizando-se a Escala de Waterlow⁵.

REFERENCIAL TEÓRICO

As UPPs são lesões cutâneas ou de partes moles, que podem ser superficiais ou profundas, oriundas de um processo isquêmico, secundário a um aumento da pressão externa, a qual excede a pressão de perfusão tecidual. Essas úlceras podem desenvolver-se em qualquer parte do corpo, em especial sobre uma proeminência óssea: região sacral, trocante maior do fêmur e tuberosidade do ísquio⁶.

Entre os que apresentam maior risco para UPP destacam-se os idosos, por mais comumente evidenciarem: pele frágil, desnutrição, redução da sensibilidade, maior predisposição a problemas crônicos de saúde e a presença de fatores intrínsecos, tais como, alterações na eliminação, na nutrição, na circulação, na sensibilidade da pele, no nível de consciência e na mobilidade². Além desses fatores, outros de natureza extrínseca também favorecem a ocorrência do problema: pressão, fricção, cisalhamento, umidade e uso de medicações sedativas ou hipnóticas⁷.

O diagnóstico das UPPs é feito por meio da inspeção, no qual é possível classificar tais lesões em graus ou estágios que variam de acordo com a profundidade da ferida⁸, sendo importante avaliar a úlcera e o paciente. No tocante à úlcera, faz-se necessário ve-

rificar localização, estadiamento, dimensões, presença, sinais locais de infecção, presença de fístulas, odor, dor e condições da pele adjacente. A avaliação do idoso deve envolver história, exame físico, estado nutricional e psicológico, bem como presença de distúrbios que possam retardar a cura das lesões, como doença vascular periférica, diabetes, deficiências imunológicas, neoplasias, depressão e distúrbios psiquiátricos em geral⁷.

Quanto ao tratamento das UPP, as orientações são muito diversas. Vários produtos são utilizados no sentido de se obter uma cicatrização mais rápida e eficiente. Isso deve envolver cuidados clínicos e cirúrgicos da equipe médica e de enfermagem, bem como cuidados fisioterápicos, além de suporte nutricional e psicológico⁶.

METODOLOGIA

Este estudo exploratório foi realizado na unidade clínica de um hospital universitário, localizado em João Pessoa, Paraíba. No seu desenvolvimento, foram contemplados os aspectos éticos preconizados pela Resolução n° 196/1996, do Ministério da Saúde⁹, sendo registrado no Comitê de Ética com o protocolo n° 237/09. Fizeram parte da amostra 53 idosos internados no referido serviço de saúde, no período de outubro de 2009 a julho de 2010. Os critérios de inclusão adotados na seleção da amostra foram: ter faixa etária de 60 anos ou mais e não apresentar UPP no momento da coleta de dados.

A coleta de dados se deu por meio das técnicas de entrevista e de exame físico, sendo subsidiada por instrumento estruturado, contemplando dados clínicos e de identificação dos participantes, bem como a Escala de Waterlow⁵. Esta escala foi traduzida e validada para a língua portuguesa, sendo realizado teste de especificidade e sensibilidade com 76% e 87%, respectivamente. Por meio dela, identificou-se risco para UPP em estudos nacionais e internacionais, envolvendo pacientes idosos, em unidades de terapia intensiva e em unidades clínicas¹⁰⁻¹². As variáveis analisadas compreenderam índice de massa corporal (IMC), peso (kg) dividido por altura² (m); continência urinária; tipo de pele; sexo; idade; mobilidade; apetite; má nutrição dos tecidos; déficit neurológico; cirurgia de grande porte; trauma e uso de medicamentos. Na mensuração do IMC, foram adotados os critérios de classificação da escala de Waterlow⁵: IMC abaixo da média correspondeu àquele inferior a 18,5, IMC categorizado como na média (normal) compreendeu índice situado entre 18,5 e 24,9, IMC acima da média (sobrepeso) incorporou os índices de 25 a 29,9, já o IMC superior a 30 foi classificado como obeso.

Os dados coletados foram abordados quantitativamente por meio de procedimentos de estatística descritiva. Na análise do risco para UPP evidenciado

pelos idosos, obedeceu-se aos escores estabelecidos pela escala de Waterlow⁵: em risco (escore de 10 a 14); alto risco (escore de 15 a 19); e altíssimo risco (escore igual ou maior a 20). Para a comparação entre os grupos, foi utilizado o Teste Exato de Fisher. O nível de significância adotado no estudo foi 5%. O teste de correlação utilizado foi o de Spearman. O software estatístico adotado foi o software R, versão 2.9.0.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto aos achados obtidos mediante a mensuração do risco para UPP nos idosos pesquisados, considerando os diferentes indicadores apresentados pela Escala de Waterlow⁵, foram verificados: 18(33,96%) dos idosos não apresentavam risco; também 18(33,96%) evidenciavam alto risco; 12(22,64%) estavam em risco e 5(9,43%) evidenciavam altíssimo risco. Assim, 35(66,03%) idosos possuíam risco para desenvolverem UPP. Verificando a contribuição específica das diferentes variáveis associadas com esse risco, passa-se a apresentá-las nos tópicos que se seguem.

Na análise do IMC, observou-se que o maior ou altíssimo risco para UPP ocorreu apenas nos idosos que apresentaram IMC acima da média, 12(22,6%), ou eram obesos, 9(16,9%). Entre os que apresentavam IMC abaixo da média, 4(7,6%) evidenciaram alto risco para UPP. Desse modo, os extremos de peso do corpo devem ser levados em consideração no que tange às UPPs. Pacientes caquéticos possuem escassez de tecido adiposo sobre as saliências ósseas, estando, portanto, mais propensos à maior pressão sobre essas áreas. Por outro lado, os pacientes obesos, no geral, apresentam restrição na mobilidade, o que dificulta sua movimentação no leito. Nessa circunstância, muitas vezes estes se arrastam ao invés de se levantarem da cama, o que pode precipitar a lesão. Ademais, no obeso, a umidade oriunda do suor pode ficar retida nas camadas de gordura, provocando maceração da pele, o que gera maior risco nesses pacientes⁷.

No referente ao tipo de pele, os idosos de pele saudável 5(5,5%), em sua maioria, 3(60%), não apresentavam risco. Entre os que tinham pele muito fina, 33(35,8%), 15(45,5%) tinham alto risco, e 6(12,1%), altíssimo risco; entre os de pele seca, 26(28,3%), 9(34,8%) tinham alto risco; entre aqueles idosos com edema 16(17,3%), 4(25%) tinham altíssimo risco e 5(31,3%) alto risco; os de pele úmida e pegajosa, 1(1,1%), bem como os de pele quebradiça/marcada, 1(1,1%), todos expressavam alto risco; e, por fim, entre os que tinham pele descorada, 10(10,9%), 4(40%) apresentavam alto risco, e 2(20%), altíssimo risco para UPP. Esse resultado aponta a pele não saudável como importante fator de risco para UPP, sendo corroborado por outros estudos^{3,13}. Esses resultados encontram-se sintetizados na Tabela 1.

TABELA 1: Distribuição dos idosos segundo variáveis da escala de Waterlow. João Pessoa-PB, Brasil, 2011. (N=53).

Variáveis	f	%
IMC		
Abaixo da média	4	7,6
Média	28	52,9
Acima da média	12	22,6
Obeso	9	16,9
Tipo de pele		
Saudável	5	5,5
Muito fina	33	35,8
Seca	26	28,3
Com edema	16	17,3
Úmida e pegajosa	1	1,1
Descorada	10	10,9
Quebradiça/marcada	1	1,1
Gênero		
Feminino	28	52,8
Masculino	25	47,2
Faixa etária		
50 - 64	18	33,9
65 - 74	24	45,3
75 - 80	8	15,1
Acima de 80 anos	3	5,7
Continência		
Uso de SVD ou continente	47	88,7
Ocasionalmente incontinente	6	11,3
Mobilidade		
Restrito ao leito	36	67,9
Apático	10	18,8
Restrito/Contido	2	3,7
Inerte	3	5,7
Dependente de cadeira de rodas	2	3,9
Características clínicas		
Diabetes	23	35,9
Anemia	21	32,8
Insuficiência cardíaca	15	23,4
Doença vascular periférica	2	3,2
Fumante	2	3,2
Caquexia	1	1,5
Apetite		
Normal	28	52,8
Pouco	20	37,7
Somente líquido SNG/SNE	3	5,7
Alta dosagem: esteroides, citotóxicos, anti-inflamatórios	2	3,8

Quanto à idade, observou-se estreita associação da UPP com a idade avançada ($p = 0,0027$), havendo maior elevação do risco entre os de 80 anos e mais. Entre estes, todos apresentavam risco elevado, 18(33,9%) evidenciavam alto risco e 35(66,7%) expressavam altíssimo risco.

Quanto aos fatores determinantes para o achado ora exposto, verificam-se, especialmente, as mudanças relativas ao processo fisiológico de envelhecimento (pele fina e menos elástica, perda de massa corporal, maior predisposição a doenças crônicas)⁷. Além disso, no idoso há uma diminuição da eficiência dos sistemas respiratório, circulatório, sensorial,

nutricional, o que gera comprometimento do fluxo sanguíneo e, conseqüentemente, leva a uma deficiente oxigenação, nutrição e hidratação dos tecidos².

No concernente ao sexo, observou-se que, entre os idosos pesquisados, 28(52,8%) eram mulheres, e 25(47,17%) homens, com predominância de risco entre as mulheres: 21(75%) expressaram algum grau de risco, sendo mais significativo o de alto risco, 9(42,8%). Quanto aos homens, 18(56%) tinham algum risco. Esse achado corrobora outros estudos^{3,10,11}, os quais verificaram uma incidência de fatores de risco para o desenvolvimento de UPP em mais de 70% das mulheres idosas.

O item continência/uso de sonda vesical de demora foi observado em 47(88,6%) dos idosos pesquisados, não representando risco para UPP. Os demais (11,4%) eram ocasionalmente incontinentes, particularmente quando considerada a eliminação urinária, e apresentavam algum grau de risco para UPP. O excesso de umidade torna a pele mais suscetível à lesão, e o contato prolongado com urina gera irritação local, motivos pelos quais idosos incontinentes demandam atenção especial, sendo indicado o uso de fraldas geriátricas, higiene adequada da pele e uso de cremes como barreira de proteção⁶.

No concernente à mobilidade, identificou-se relação do déficit de mobilidade com maior predisposição para UPP, especialmente nos idosos com altíssimo risco. Entre estes, 36(67,9%) estavam restritos ao leito, 10(18,8%) estavam apáticos, 2(3,9%) eram dependentes de cadeira de rodas e 3(5,7%) encontravam-se inertes (comatosos). Dessa forma, constatou-se que, quanto maior o grau de restrição da mobilidade, maior é o risco para o desenvolvimento dessas lesões, sendo essa variável o principal fator intrínseco relacionado à ocorrência de UPP⁶.

Quanto aos problemas de saúde associados ao risco para UPP, verificou-se diabetes, evidenciada por 23(35,9%) idosos e com nível de significância 0,005; anemia, 21(32,8%); insuficiência cardíaca, 15(23,4%); doença vascular periférica, 2(3,2%); e caquexia, 1(1,5%). Cabe destacar que a maioria dos idosos era portadora de comorbidades, com maior prevalência da associação entre diabetes *mellitus* e hipertensão arterial seguida da associação entre insuficiência cardíaca e hipertensão arterial. Entre essas condições, as que implicaram maior risco foram aquelas relacionadas à redução da capacidade sensorial, da mobilidade e da oxigenação tecidual, a exemplo da anemia. Considerando cronicidade e a gravidade desses problemas de saúde, a maior parte dos idosos experimentava maior período de internação (superior a 20 dias), o que também incrementa o risco para UPP.

Na observação do apetite ou padrão de ingestão alimentar, identificou-se que 20(37,7%) idosos ingeriam pequenas quantidades de alimentos, e 3(5,7%) ingeriam apenas alimentos de natureza líquida por sonda nasoenteral, o que ampliou seu risco para UPP. A nutrição inadequada ou a má nutrição afeta todo o sistema corporal, podendo ocasionar perda de peso,

atrofia muscular com redução da massa tecidual, alteração na resposta imunológica e prejuízo no processo de reparação dos tecidos. Por tudo isso, as alterações nutricionais constituem relevante fator de risco para UPP, atuando negativamente na patogênese e no processo de cicatrização das mesmas^{14,15}.

Quanto ao uso de medicamentos, ressalta-se que os idosos faziam uso de múltiplos fármacos que, embora em doses terapêuticas, são favorecedores de UPP, especialmente quando considerados seus efeitos adversos, destacando-se os esteroides e os anti-inflamatórios, que afetam, entre outros aspectos, a imunidade e a cicatrização. Além desses medicamentos, componentes das variáveis da Escala de Waterlow⁵, os idosos também utilizavam outras substâncias, como analgésicos e sedativos, que podem prejudicar a mobilidade, e os anti-hipertensivos que favorecem redução na perfusão tissular, condições que podem ampliar o risco de UPP expresso pelos idosos⁴.

CONCLUSÃO

As úlceras por pressão constituem um problema comumente identificável em idosos hospitalizados, especialmente quando estes apresentam comprometimento de sua capacidade funcional, assumindo, portanto, grande relevância para a prática clínica e para o cuidado de enfermagem. Sua incidência, além de relacionar-se com a condição clínica do idoso, também reflete a qualidade da assistência prestada por parte dos profissionais de saúde, uma vez que sua prevenção é de fácil execução e baixo custo.

Considerando os achados, evidenciou-se que os idosos com maior risco foram aqueles do sexo feminino, que apresentavam IMC acima ou abaixo da média, com faixa etária acima de 65 anos e que possuíam patologias associadas, principalmente cardiovasculares e diabetes. O período de internação foi um fator que contribuiu para aumentar o grau de risco para UPP, assim como o déficit de mobilidade no leito.

Portanto, espera-se que este estudo possa contribuir com os profissionais e com outras pesquisas, uma vez que proporciona o conhecimento de algumas variáveis de risco para UPP em idosos e, conseqüentemente, com o planejamento de ações preventivas que deverão ser implementadas desde a admissão do idoso no hospital até a preparação para a alta, incluindo orientações para o cuidado domiciliar, especialmente quando se trata de idosos com comprometimento da mobilidade física.

REFERÊNCIAS

1. Meraviglia M, Becker H, Grobe SJ, King M. Maintenance of skin integrity as a clinical indicator of nursing care. *Adv skin wound care*. 2002; 15:24-9.
2. Marini MFDV. Úlceras de pressão. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML, organizadores. Rio

- de Janeiro: Tratado de geriatria e gerontologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 2006. p. 981-91.
3. Souza TS, Maciel OB, Méier MJ, Danski MTR, Lacerda MR. Estudos clínicos sobre úlcera por pressão. *Rev Bras Enferm.* 2010; 63:470-6.
 4. Araújo TM, Moreira MO, Caetano JA. Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. *Rev enferm UERJ.* 2011; 19:58-63.
 5. Waterlow J. Tissue viability. Prevention is chaper than cure. *Nurs Times.* 1988; 84:69-70.
 6. Luz RP, Lopacinski AC, Fraga R, Urban CA. Úlceras de pressão. *Geriatr gerontol.* 2010; 4:36-43.
 7. Pereira MEC, Calil JA. Úlcera por pressão. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M, organizadores. *Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica.* 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 661-6.
 8. Blanes L, Duarte IS, Calil JÁ, Ferreira LM. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados em Hospital de São Paulo. *Rev Assoc Med Bras.* 2004; 50:182-7.
 9. Ministério da Saúde (Br). Resolução nº 196/96 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde; 1996.
 10. Rocha ABL, Barros SMO. Avaliação de risco de úlcera por pressão: propriedades de medida da versão em português da escala de Waterlow. *Acta Paul Enferm.* 2007; 20:143-50.
 11. Papannikolau P, Clark M, Lyne PA. Improving the accuracy of pressure ulcer risk calculators: some preliminary evidence. *Int J Nurs Stud.* 2002; 39:187-94.
 12. Sayar S, Turgut s, Dogan H, Ekici A, Yurtsever s, Demirkan F et al. Incidence of pressure ulcers in intensive care unit patients at risk according to the Waterlow scale and factors influencing the development of pressure ulcers. *J clin nurs.* 2009; 18:765-74.
 13. Chaimyti EMPC, Caliri MHL. Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliária. *Acta Paul Enferm.* 2010; 23:29-34.
 14. Silva JT, Oliveira MF, Silveira MN. Associação entre estado nutricional e incidência de úlcera por pressão em pacientes assistidos pela equipe multidisciplinar de terapia nutricional. *Rev bras nutr clín.* 2009; 24:217-23.
 15. Castilho LD, Caliri MHL. Úlcera de pressão e estado nutricional: revisão da literatura. *Rev Bras Enferm.* 2005; 58:597-601.