

## 858 - UMA ESCALA DE BRADEN SIMPLIFICADA PARA AVALIAR O RISCO DE DESENVOLVER LESÕES POR PRESSÃO

**Tipo:** POSTER

**Autores:** MARIA CLARA SALOMÃO E SILVA GUIMARÃES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), DOMINIQUE HOTZEL RUTHER (3778), ROBERTO ZAMBELLI DE ALMEIDA PINTO (REDE MATER DEI SAÚDE), DANIEL DE SOUZA SEVERO (3778), HENRIQUE PICKLER DA SILVA (3778), ARTHUR DELTREGIA REYS (3778), DANILO SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA), TÚLIO PINHO NAVARRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS)

Introdução: As lesões por pressão são um grande problema para os profissionais de saúde, impactando tanto nos custos do cuidado quanto na qualidade de vida dos pacientes, embora sejam predominantemente evitáveis. As lesões por pressão são um desafio para os serviços de saúde, pois geram impactos, tanto nos custos, quanto na qualidade de vida dos pacientes. Apesar de muitos pacientes se encontrarem em risco de desenvolver esse tipo de lesão, esses eventos podem ser evitados em parte significativa dos casos. A prevalência mundial varia entre 0% e 72,5%, sendo essa variação decorrente de localizações geográficas e condições clínicas locais. Pacientes em estado crítico, como aqueles internados em Unidades de Terapia Intensiva, são mais propensos a desenvolverem devido ao seu quadro clínico, comorbidades, imobilidade, período de internação e uso de medicamentos diversos, entre outros aspectos. Sua ocorrência durante a hospitalização provoca impacto significativo nas instituições assistenciais, pois aumenta os custos da assistência prestada e interfere diretamente no indicador da qualidade da assistência prestada. Entre as recomendações para o cuidado com as lesões por pressão encontra-se a avaliação de risco de desenvolver lesão por pressão do paciente antes e durante o período de internação. Para tanto, são utilizados instrumentos específicos, tais como as escalas de Norton, Braden e Waterlow. Esses instrumentos visam a predição do risco de cada paciente para o desenvolvimento de lesões por pressão, propiciando a implementação de ações e estratégias de prevenção. A Escala de Norton foi a pioneira das escalas, sendo formulada em 1962, e avalia cinco parâmetros para dimensionar o grau de risco: condição física, nível de consciência, atividade, mobilidade e incontinência. Cada parâmetro foi pontuado com valores de um a quatro, chegando a um total de vinte pontos. Sendo assim, quanto menor for o somatório final, maior será o risco para o desenvolvimento de lesões por pressão, sendo mais suscetíveis aqueles pacientes com pontuação inferior a doze pontos. A escala de Waterlow avalia sete tópicos principais: relação peso/altura por meio do Índice de Massa Corporal, avaliação visual da pele em áreas de risco, sexo/idade, continência, mobilidade, apetite e medicações, além de quatro itens que pontuam fatores especiais de risco: subnutrição do tecido celular, déficit neurológico, tempo de cirurgia acima de duas horas e trauma abaixo da medula lombar. O escore mais alto indica maior risco para lesão por pressão. A construção da Escala de Braden por Braden e Bregstrom foi baseada na fisiopatogenia das lesões por pressão, através de dois determinantes considerados críticos: a intensidade e a duração da pressão, e a tolerância da pele e das estruturas de suporte para cada força. A intensidade e a duração da pressão que um paciente sofre estão relacionadas a mobilidade, atividade e percepção sensorial. Por outro lado, a tolerância da pele e das estruturas de suporte estão relacionadas a fatores intrínsecos como nutrição e idade, e a fatores extrínsecos como umidade, fricção e cisalhamento. Estes elementos críticos determinaram a composição da Escala: percepção sensorial (avalia a capacidade de sentir e conseqüentemente relatar o desconforto), mobilidade e atividade (são utilizadas para refletir frequência e duração da atividade e mudança de posição. Sendo mobilidade a capacidade de aliviar a pressão através do movimento, que é possível no paciente acamado por isso é separada do conceito de atividade que mensura a frequência em que o paciente sai do leito), umidade (avalia o nível de umidade em que a pele está sendo exposta), nutrição (reflete a ingestão alimentar usual do paciente) e fricção e cisalhamento (mensura a capacidade do indivíduo de deixar a pele livre do contato com a superfície do leito ou cadeira durante o movimento). A ferramenta mais frequentemente utilizada é

a escala de Braden, validada para a língua portuguesa.

Objetivo: desenvolver uma versão simplificada da Escala de Braden, removendo duas subescalas mais subjetivas e, muitas vezes, mais difíceis de mensurar - Nutrição e Percepção Sensorial -, tentando, desta maneira, reduzir o tempo da enfermagem e a chance de erros durante a aplicação da escala. Métodos: Foi realizado um estudo transversal observacional com dados coletados de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital terciário privado brasileiro. Analisamos no banco de dados da instituição, um paciente pode ter várias internações hospitalares, que por sua vez podem ter várias internações em Unidade de Terapia Intensiva. O estudo foi realizado ao nível das admissões na Unidade de Terapia Intensiva. Os dados inicialmente tinham 6.516 pacientes, em 8.186 internações de 9.217 diferentes internações. Após a aplicação do filtro, os dados resultantes consistiram em 5.194 pacientes, 6.353 internações hospitalares e 6.974 internações na Unidade de Terapia Intensiva. Os dados foram coletados da base de dados da instituição no período de dezembro de 2015 a março de 2021. A prevalência geral de lesões por pressão foi de 1,09%; a média de idade dos que desenvolveram lesão por pressão foi de 72 anos (variando de 35 a 95 anos) enquanto dos que não desenvolveram foi de 65 anos (variando de 18 a 104 anos), com  $p = 0,0017$ , o que mostra significância estatística para a idade como um preditor para o desenvolvimento de lesão por pressão. O mesmo é observado no tempo de permanência na Unidade de Terapia Intensiva, com média muito maior para os pacientes que desenvolveram lesão (24,35 dias, variando de 2 a 75 dias) do que para aqueles que não desenvolveram lesão (4 dias, variando de 1 a 100 dias); o p-valor é  $< 0,001$ , destacando a associação positiva entre dias de internação e o desenvolvimento de lesão por pressão. O teste T de Student mostrou que tanto o score de Braden quanto o score de Braden simplificado foram significativamente diferentes entre pacientes com e sem lesões por pressão ( $p < 0,001$ ). Os pacientes que desenvolveram lesões por pressão obtiveram pontuações mais baixas do que aqueles que não desenvolveram. A área sob a curva Receiver Operating Characteristic da Escala de Braden foi de 74,21% (95% CI: 68,61%-79,8%) e da escala simplificada foi de 72,54% (95% CI: 66,87%-78,22%). O Valor Preditivo Positivo da Escala de Braden foi de 3,17% quando interpolado na mesma sensibilidade da escala simplificada (47,37%), que atingiu 3,26%. Conclusão: A remoção de duas das seis subescalas da escala de Braden possibilitou a proposta de uma ferramenta simplificada para identificar pacientes em risco de desenvolver lesões por pressão de forma mais objetiva e rápida. Ainda, os resultados mostram que o desempenho da Escala de Braden Simplificada teve pouco impacto negativo. Relevância para a prática clínica: Uma escala simplificada e menos subjetiva permite uma classificação de risco mais precisa e menos demorada.