

21ª Semana de Enfermagem

do Hospital de Clínicas de Porto Alegre
e da Escola de Enfermagem da UFRGS

*"Compreender e
construir
redes de saúde"*

Resumos

12 a 15 de maio de 2010

Anfiteatro Carlos César de Albuquerque



HOSPITAL DE
CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS



Escola de
ENFERMAGEM
UFRGS

**GRUPO DE ENFERMAGEM DO
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL**

*“Compreender
e Construir
Redes de Saúde”*

12 a 15 de maio de 2010

Local

Anfiteatro Carlos César de Albuquerque
Grupo de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre – RS

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA)

Presidente: Amarilio Vieira de Macedo Neto

Vice-Presidente Médico: Sérgio Pinto Ribeiro

Vice-Presidente Administrativo: Tanira Andreatta Torelly Pinto

Coordenadora do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação: Nadine Oliveira Clausell

Coordenadora do Grupo de Enfermagem: Maria Henriqueta Luce Kruse

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)

Reitor: Carlos Alexandre Netto

Vice-reitor: Rui Oppermann

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RGS (EE-UFRGS)

Diretora: Liana Lautert

Vice-diretora: Eva Neri Rubim Pedro

Projeto gráfico, ilustração e diagramação: Gleci Beatriz Luz Toledo

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO-NA-PUBLICAÇÃO-CIP
BIBLIOTECA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM, UFRGS, Porto Alegre, BR-RS

S471s Semana de Enfermagem (21. : 2010 : Porto Alegre)

Compreender e construir redes de saúde : resumos [recurso eletrônico] / 21. Semana de Enfermagem ; promoção e realização Grupo de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul ; coordenadora da Semana de Enfermagem Enaura Helena Brandão Chaves. – Porto Alegre : HCPA, 2010.

1 CD-ROM

1. Enfermagem – Eventos. 2. Educação em enfermagem. I. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Grupo de Enfermagem. II. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. III. Chaves, Enaura Helena Brandão. IV. Título.

NLM: WY3

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes – CRB 10/463

seguintes indicadores: bem-estar físico relatado, satisfação pelo controle de sintomas relatada e satisfação expressa com o controle da dor. **Conclusões:** Atualmente, a obesidade é considerada um grave problema de saúde que atinge praticamente o mundo todo e a cirurgia bariátrica é um método eficaz a esses pacientes e capaz de resolver boa parte das comorbidades causadas pela obesidade. Entretanto, o pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica causa "dor", o diagnóstico de enfermagem mais preciso é "dor aguda", em que há necessidade de estratégias para eliminar o sofrimento. Portanto, a equipe de enfermagem deve implementar intervenções a fim de obter resultados positivos numa assistência de qualidade prestada ao paciente.

Descritores: diagnóstico de enfermagem, dor e cirurgia bariátrica.

Referências:

1. Ribeiro MRF, Moisés RS. Obesidade: Como diagnosticar e tratar. Rev Bras Medicina 2006; 63: 143-52.
2. Pereira LP, Souza FS. Mensuração e avaliação da dor pós-operatória: Uma breve revisão. Rev.latino-am.enfermagem 1998; julho 6 (3): 77-84.
3. O'Neill T, Allam J. Anaesthetic considerations and management of the obese patient presenting for bariatric surgery. Current Anaesthesia & Critical Care 2010; 21:16-23.
4. Mccloskey J, Dochterman J, Bulechek, G. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)- 4.ed.Porto Alegre: ArtMed, 2008.
5. Johnson M, Maas M, Sue Moorhead. Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)- 2º ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

**APLICAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN EM UTI COMO MEDIDA PARA PREVENIR
ÚLCERAS POR PRESSÃO**

Enaura Helena Brandão Chaves, Cecília Zys Magro, Lilian Osterkamp, Solange Heckler
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
cmagro@hcpa.ufrgs.br

Introdução: A experiência de vinte anos no cuidado a pacientes internados acompanhou uma caminhada na qual as enfermeiras preocupavam-se em buscar o melhor tratamento para as indesejadas úlceras por pressão (UP). Tentou-se curativos com açúcar, mamão papaia, produtos químicos como: antibióticos tópicos, pasta Granúgena, cuidados do tipo banho de sol, banho de luz, aplicação de oxigênio no local da ferida, entre outros. Hoje, no entanto, considera-se o estado nutricional, as condições de mobilização e locomoção e utiliza-se produtos que interferem diretamente no processo de cicatrização das lesões. Também, mudou-se a ênfase de

apenas *tratar* para *prevenir*, e com o embasamento científico da literatura, foram elaborados protocolos de prevenção nos quais os cuidados são estabelecidos de forma a contemplar os vários aspectos que interferem nas condições gerais do paciente. Enfermeiros do Programa de Prevenção e Tratamento de Feridas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre participaram na elaboração do Protocolo Assistencial de Prevenção e Tratamento de Úlcera por Pressão que foi gradativamente implantado em todas as áreas assistenciais da instituição. No Centro de Terapia Intensiva do HCPA, Protocolo de Prevenção e Tratamento de Úlcera por Pressão foi instituído em 1997 e, em 2007, iniciou-se a aplicação deste novo protocolo como a pontuação da Escala de Braden, que constitui-se em um instrumento sistematizado para avaliação de indivíduos com risco para desenvolver úlceras por pressão. Nele, são pontuados a percepção sensorial, umidade da pele, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento do paciente. Este instrumento criado por Bergstrom e Braden é de amplo uso nos Estados Unidos e sua adaptação para a língua portuguesa foi realizada no estudo de Paranhos e Santos¹, através de uma tradução transcultural. No mesmo estudo, foi realizada a aplicação clínica da Escala junto a pacientes de Terapia Intensiva. Outro instrumento bastante utilizado em UTIs como indicador de predição de mortalidade inferindo a gravidade dos pacientes, e que pode estar relacionado com o risco dos mesmos desenvolverem UP é o APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation). Este foi desenvolvido em 1985 e é utilizado como indicador de qualidade a partir da mortalidade prevista e observada, sendo calculado por meio da soma das seguintes pontuações: variáveis fisiológicas (temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória, oxigenação, pH arterial, sódio, potássio, creatinina, hematócrito, contagem de leucócitos, estado neurológico), idade e doença crônica, sendo que esses valores devem ser calculados nas primeiras 24 horas de internação. Observa-se que, quanto maior a pontuação do APACHE II, maior a probabilidade de morte do mesmo. **Objetivo:** identificar o risco de desenvolver UP dos pacientes internados em Centro de Terapia Intensiva através da pontuação da Escala de Braden; identificar a gravidade dos mesmos através da pontuação do APACHE II, no período de janeiro a dezembro de 2009. **Metodologia:** **Caracterização do estudo:** trata-se de um estudo exploratório descritivo retrospectivo, que buscou identificar as condições apresentadas pela população estudada, mediante aplicação das Escalas de Braden e APACHE II. **Local de realização:** o estudo foi desenvolvido no Centro de Terapia Intensiva Adulto do HCPA, a partir do banco de dados do serviço. **Coleta de dados:** Os dados foram obtidos a partir da pontuação da escala de Braden realizada

pelo enfermeiro no momento da admissão do paciente no CTI. Os escores do APACHE II foram pontuados pela equipe médica e os dados foram obtidos através de consulta ao prontuário dos pacientes. **Análise de dados:** Os dados foram analisados de forma descritiva. O escore de corte foi aquele utilizado no protocolo estabelecido pelo PPTF: valores ≤ 13 para paciente em risco de desenvolver UP e valores > 13 para aqueles que não apresentam risco. **Aspectos éticos:** Respeitou-se o sigilo e o anonimato dos pacientes, não identificando os mesmos nem citando seus dados pessoais. Desta forma, as informações utilizadas foram obtidas através dos prontuários. **Resultados:** A amostra do estudo consistiu em 1616 pacientes, desses, 1230 (76,11%) obtiveram escore de corte ≤ 13 na Braden de internação, evidenciando risco para desenvolver UP. O restante, 386 pacientes, o equivalente a 23,88%, apresentaram escore maior que 13, demonstrando que poucos pacientes internam no CTI sem risco maior de desenvolver lesão. A estratificação de risco para UP conforme Bergstrom é de: ≤ 9 altíssimo risco, 10-12 alto risco, 13-14 risco moderado, 15- 18 baixo risco e ≥ 19 sem risco. Quanto ao APACHE, foi evidenciado que: dos 1616 pacientes internados, 994 foram pontuados com esta Escala, o equivalente a 61,50%, enquanto que 622 (38,49%) pacientes não obtiveram esta pontuação. Sabe-se que são critérios de não preenchimento do APACHE II ou exclusão: paciente com idade menor do que 16 anos, permanência do mesmo no CTI inferior a 8 horas, paciente admitido com queimaduras, e aqueles que realizam cirurgia de revascularização do miocárdio. Os pacientes em pós-operatório de cirurgias cardiovasculares, incluindo revascularização do miocárdio, não possuem o APACHE II preenchido por determinação de seus autores e, como no CTI do HCPA possuímos área específica para esta especialidade, bem como tempo de internação de alguns pacientes inferior a 24 horas, o APACHE II não pôde ser preenchido na sua totalidade. A estratificação dos pacientes em relação ao risco de morte encontrado com a pontuação do APACHE II foi: 0-4: 32 pacientes (3,21%), 5-9: 80 pacientes (8,04%), 10-14: 147 pacientes (14,78%), 15-19: 202 pacientes (20,32%), 20-24: 205 pacientes (20,62%), 25-29: 149 pacientes (14,98%), 30-34: 98 pacientes (9,85%), e >34 : 81 pacientes (8,14%). Sabe-se que para pacientes clínicos, a chance percentual aproximado de óbito conforme APACHE II calculado é de: 0-4: 4%, 5-9: 8%, 10-14: 15%, 15-19: 24%, 20-24: 40%, 25-29: 55%, 30-34: 73% e >34 : 85%. Contudo, para pacientes cirúrgicos, o risco de óbito distribui-se desta forma: 0-4: 1%, 5-9: 3%, 10-14: 7%, 15-19: 12%, 20-24: 30%, 25-29: 35%, 30-34: 73% e >34 : 88%. Considerando que o CTI do HCPA atende pacientes clínicos e cirúrgicos e, se considerarmos que o ponto de corte para

probabilidade de morte para atender estes dois grupos seja de 30% ou mais para ambos os grupos, temos 533 pacientes, correspondente a 53,62% pacientes com risco de morte. **Conclusões:** Através da aplicação da Escala de Braden e APACHE II, constatou-se que, dos pacientes que internam no CTI do HCPA, 76,11% possuem risco de desenvolver UP e 53,62% possuem risco de morte. Vários questionamentos surgiram, o que permitirá o desenvolvimento de novos estudos acerca deste tema.

Descritores: Úlcera por pressão, Apache, Prevenção.

Referências:

1. BERGNSTROM, N., BRADEN, B., BRANDT, J., KRALL, K. (1985) Adequacy of descriptive scales for reporting diet intake in the institutionalized elderly. Journal of Nutrition for the Elderly, 6 (1), 3-16.
2. Estratificação dos pacientes em relação ao risco de morte, disponível em:
3. <http://www.limic.xpg.com.br/aulas/download/prognostico.pdf>. Acesso em: 01 de Abril de 2010.
4. PARANHOS, Wana Yeda; SANTOS, V. L. C. G. AVALIAÇÃO DE RISCO PARA ÚLCERAS DE PRESSÃO POR MEIO DA ESCALA DE BRADEN, NA LÍNGUA PORTUGUESA. Rev Esc Enf Usp, São Paulo, v. 33, n. especial, p. 191-206, 1999.
5. Programa de Atualização em Medicina Intensiva (PROAMI)/ organizado pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira; diretores acadêmicos: Fernando Antônio Botoni, Glauco Adrieno Westphal. – Porto Alegre: Artmed/ Panamericana Editora, 2004. 144 p.; 25cm. – (Sistema de Educação Médica Continuada a Distância – SEMCAD).

**BUSCA ATIVA DE PACIENTES PARA PROTOCOLO DE PESQUISA DE
ENFERMAGEM EM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**

Andréia Martins Specht, Jeniffer Mezzomo, Vanessa Monteiro Mantovani, Tailine Silveira de Mello, Alexandra Nogueira Mello Lopes, Melina Maria Trojahn, Graziella Aliti, Eneida Rejane Rabelo

Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

deiaspecht@yahoo.com.br

Introdução: Grupos envolvidos com protocolos de pesquisa clínica necessitam de um sistema de informação eficiente para identificar e recrutar pacientes. A busca ativa diária tem se mostrado uma estratégia essencial nesse processo. **Objetivo:** Relatar a experiência da busca ativa de pacientes internados por insuficiência cardíaca descompensada em um hospital universitário. **Métodos:** Estudo descritivo realizado no período de agosto de 2009 a março de 2010 na Emergência, Unidade Coronariana