

FATORES DE RISCO E INTERVENÇÕES PREVENTIVAS PARA LESÃO POR PRESSÃO EM PACIENTES ONCOLÓGICOS

Andressa Renata Lima¹ , Camila Ribeiro Palmer¹ , Paula Cristina Nogueira^{2,*} 

RESUMO

Objetivo: identificar e descrever os fatores de risco para desenvolvimento de lesão por pressão em pacientes oncológicos adultos e as intervenções preventivas interdisciplinares. **Método:** revisão integrativa da literatura. A coleta de dados foi realizada no período de março e abril de 2019 e dezembro de 2020, utilizando as bases de dados: BDENF; PubMed/Medline; Embase; Scopus; Cinahal e Web of Science. **Resultados:** a amostra foi composta por 16 artigos publicados no período de 2008 a 2019. Dentre os fatores de risco identificados destacam-se: situação nutricional, idade avançada, incontinência e imobilidade; as intervenções preventivas interdisciplinares identificadas foram: mudança de decúbito, avaliação e acompanhamento nutricional, cuidados com a pele e uso de superfícies de suporte. **Conclusão:** há necessidade de mais estudos para um olhar cuidadoso e assertivo para os pacientes oncológicos.

DESCRIPTORES: Lesão por pressão. Oncologia. Equipe de assistência ao paciente. Fatores de risco. Estomaterapia.

RISK FACTORS AND PREVENTIVE INTERVENTIONS FOR PRESSURE INJURIES IN CANCER PATIENTS

ABSTRACT

Objective: identify and describe the risk factors for the development of pressure injuries in adult cancer patients and interdisciplinary preventive interventions. **Method:** integrative literature review. Data collection was carried out between March and April 2019 and December 2020, using the databases: BDENF; PubMed/Medline; Embase; Scopus; Cinahal and Web of Science. **Results:** the sample consisted of 16 articles published from 2008 to 2019. Among the risk factors identified, the following stand out: nutritional status, advanced age, incontinence and immobility; the interdisciplinary preventive interventions identified were: decubitus change, nutritional assessment and monitoring, skin care and use of support surfaces. **Conclusion:** further studies are needed to take a careful and assertive look at cancer patients.

DESCRIPTORS: Pressure injury. Oncology. Patient care team. Risk factors. Stomatherapy.

FACTORES DE RIESGO E INTERVENCIONES PREVENTIVAS DE LAS LESIONES POR PRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

RESUMEN

Objetivo: Identificar y describir los factores de riesgo para el desarrollo de úlcera por presión en pacientes adultos con cáncer e intervenciones preventivas interdisciplinarias. **Método:** Revisión integrativa de la literatura.

1. Instituto do Câncer do Estado de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

2. Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem – São Paulo (SP), Brasil.

*Autora correspondente: pcnogueira@usp.br

Editor de Seção: Juliano Teixeira Moraes

Recebido: Dez. 22, 2020 | Aceito: Mar. 22, 2021

Como citar: Lima AR; Palmer CR; Nogueira PC. Fatores de risco e intervenções preventivas para lesão por pressão em pacientes oncológicos. ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther., 2021, 19: e1021. https://doi.org/10.30886/estima.v19.1005_PT

La recolección de datos se realizó en el período de marzo y abril de 2019 y diciembre de 2020 utilizando las bases de datos: BDNF; PubMed/Medline; Embase; Scopus; Cinahl y Web of Science. **Resultados:** la muestra estuvo conformada por 16 artículos publicados en el período de 2008 a 2019. Entre los factores de riesgo identificados están el estado nutricional, la edad avanzada, la incontinencia y la inmovilidad; Las intervenciones preventivas interdisciplinarias identificadas fueron reposicionamiento, evaluación y seguimiento nutricional, cuidado de la piel y uso de superficies de apoyo. **Conclusión:** se necesitan más estudios para una mirada cuidadosa y asertiva de los pacientes oncológicos.

DESCRIPTORES: Lesión por presión. Oncología. Equipo de salud interdisciplinario. Factores de riesgo. Estomaterapia

INTRODUÇÃO

O paciente oncológico, em decorrência da gravidade de seu estado de saúde, pode vivenciar limitações em suas atividades de vida diária. Tais mudanças podem alterar sua percepção sensorial e acarretar prejuízo na mobilidade, predispondo o paciente ao desenvolvimento de lesões de pele, destacando-se, entre elas, a lesão por pressão (LP)¹.

A LP é definida como “dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato”. A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa, ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento, sendo classificadas conforme a gravidade em estágios de 1 a 4, LP não classificável e LP tissular profunda. Há ainda duas categorias adicionais: LP relacionada a dispositivo médico (LPRDM) e LP em membranas mucosas^{2,3}.

É sabido que as LP são um grande problema de saúde em ambientes hospitalares e nas comunidades, marcados por alta prevalência e incidência em todo o mundo^{1,4}. Porém artigos sobre LP em pacientes oncológicos são escassos.

Alguns fatores relacionados ao câncer, em especial quando em estágio avançado da doença, favorecem o aparecimento da LP^{1,5}. Dentre esses fatores destacam-se a diminuição da capacidade de locomoção, perda de nutrientes e de proteínas devido ao hipermetabolismo e a caquexia neoplásica. Além disso, em sua maioria, são pacientes com idade mais avançada, sofrendo mudanças fisiológicas típicas, como a granulação retardada, a interligação das fibras de colágeno e a má vascularização, diminuindo, assim, a resistência da pele. Essas alterações são ainda mais acentuadas no paciente oncológico, pois o uso de agentes antineoplásicos causa alterações dérmicas, epidérmicas e de colágeno⁵.

Notoriamente, a fragilidade e o grande número de fatores de risco associados às populações de pacientes oncológicos em cuidados paliativos têm a maior incidência de todos os tipos de feridas, entre as quais predominam as LP, compreendendo até 60%⁶.

Outros fatores associados ao surgimento de LP em pacientes oncológicos são relacionados aos defeitos na cicatrização ocasionados pelo tratamento quimioterápico, uma vez que esse pode promover a ocorrência de aplasia medular, anemia, agranulocitose e baixa produtividade de plaquetas, propiciando condições para o surgimento de processos infecciosos⁵.

Muitos pacientes fazem uso de drogas imunossupressoras que afetam de maneira negativa o processo de cicatrização, além de favorecer a diminuição da resposta inflamatória e o surgimento de infecções. Eventos como lacerações de pele, cirurgias, acometimento da pele pela radiação durante as seções de radioterapia e extravasamento de quimioterápicos para fora da veia também são frequentes nesse público, provocando alterações tegumentares e processos inflamatórios que, em conjunto com a evolução da própria doença, também interferem na cicatrização das feridas, prolongando, assim, o desconforto e dor causado pelas lesões de pele, incluindo as LP⁷.

Abrangendo as intervenções interprofissionais para prevenção das LP, as diretrizes internacionais² recomendam uma série de condutas para sua prevenção e auxílio no tratamento, porém essas estratégias devem ser adequadas e adaptadas em sua aplicabilidade com o paciente oncológico.

Devido às suas especificidades, o paciente oncológico pode se beneficiar de determinadas estratégias, como o uso de nutrição enteral para um resgate nutricional⁶. Porém podem não se beneficiar de estratégias como o reposicionamento sem critérios específicos para cada paciente, pois pode gerar dor, uso de opioides e consequentemente menor mobilidade no leito, além de prejudicar o seu conforto⁸.

As LP adquiridas no hospital têm recebido atenção crescente das agências governamentais, reguladoras e de qualidade nas últimas décadas, pois trata-se de um evento adverso, na maioria das vezes, evitável, que tem impacto negativo e significativo para o paciente, para a equipe e para a instituição de saúde por acrescentar custos gerados com o tratamento e aumento do tempo de hospitalização^{9,10}.

Estima-se que ocorra um enorme gasto com o tratamento de LP que, muitas vezes, poderiam ser potencialmente evitadas com intervenções preventivas eficazes². As LP podem agravar o quadro inicial da doença, complicar o prognóstico e ainda ocasionar óbito ao paciente⁵.

Pensando em todas as características peculiares do paciente oncológico, faz-se necessário um olhar assertivo e específico para o reconhecimento dos fatores de risco dessa população, de modo a implementar intervenções preventivas.

Diante do exposto, este estudo foi proposto com o objetivo de identificar e descrever os fatores de risco para LP em pacientes oncológicos e as ações preventivas interdisciplinares que poderão contribuir para a prática de cuidados integrados e de forma interprofissional para essa população.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que utilizou para a elaboração da pergunta de pesquisa o acrônimo PICO: P – população; I – Intervenção; Co – Contexto¹¹, no qual P = pacientes oncológicos adultos; I = intervenções preventivas e fatores de risco para LP; e Co = cuidados de uma equipe de saúde interdisciplinar. Os termos de busca foram construídos a partir do modelo PICO, que para pesquisa “não clínica” representa um acrônimo para Paciente, Investigação e Contexto, e que tem como objetivo simplificar a construção da pergunta de pesquisa, além de facilitar o processo de pesquisa¹¹.

Assim, para guiar a presente revisão integrativa foram formuladas as seguintes questões: quais são os fatores de risco para LP em pacientes adultos oncológicos sob cuidados de uma equipe de saúde? Quais as intervenções preventivas interdisciplinares para LP nessa população?

O estudo foi realizado por meio de busca de artigos indexados nas bases de dados da literatura nacional e internacional: BDENF Enfermagem, PubMed/Medline, Embase, Scopus, Cinahl e Web of Science, no período de março e abril de 2019 e no mês de dezembro de 2020. O levantamento bibliográfico foi realizado buscando os procedimentos utilizados atualmente, através do conhecimento acumulado nas publicações dos últimos 12 anos a respeito da identificação de fatores de risco para LP em pacientes adultos oncológicos sob cuidados de uma equipe de saúde e das medidas preventivas para LP nesses pacientes.

Os critérios de inclusão utilizados foram: artigos relacionados à questão de pesquisa, publicados no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2020, nos idiomas inglês e português, e disponíveis na forma de resumo e com texto completo (acesso livre/gratuito). Foram excluídos artigos cuja população do estudo era de pacientes assistidos em domicílio por cuidador e/ou familiar e outros tipos de publicações, tais como teses, dissertações e cartas ao editor.

Para a busca dos artigos foram utilizados os descritores MesH – Medical Subject Headings: “Patient Care Team”[MesH] OR “Nursing Staff, Hospital”[MesH] OR “Medical Staff, Hospital”[MesH]/ “Skin Care”[MesH] OR “Skin Ulcer”[MesH] OR “Ulcer”[MesH] OR “Pressure Ulcer”[MesH] OR “Wounds and Injuries”[MesH]/ “Inpatients”[MesH] OR “Hospitals”[MesH]/ “Primary Prevention”[MesH] e “Neoplasms”[MesH].. Com a combinação de três ou mais descritores, conjugados com filtros disponíveis nas bases de dados.

Com intuito de melhorar os resultados do estudo e captar mais artigos, utilizou-se na base de dados Embase o *entree*¹², em que os sinônimos dos descritores do MeSH foram acrescentados conforme o exemplo a seguir: EMBASE=SourcesEmbase, MEDLINE Query(‘decubitus’:ti OR ‘decubitus’:ab OR ‘pressure ulcers’:ti OR ‘pressure ulcers’:ab OR ‘pressure injuries’:ti OR ‘pressure injuries’:ab) AND (‘neoplasm’OR neoplasm:ti OR neoplasms:ab OR cancer:ti OR cancer:ab) AND (‘hospital patient’ OR inpatient:ti OR inpatient:ab). Foram recuperados 53 artigos através da leitura do título, 46 após a leitura do título e resumo, e excluídos 43 após a leitura do artigo completo.

O processo de seleção dos estudos foi realizado em relação ao número total de estudos recuperados nas buscas. Duas pesquisadoras diferentes e de maneira individual analisaram os artigos pelo título e resumo, identificando

os artigos pertinentes ao tema. Por meio de consenso entre as duas pesquisadoras e de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, selecionaram-se os artigos a serem lidos na íntegra. Os estudos foram submetidos à avaliação de sua qualidade científica através da classificação dos níveis de evidência (Tabela 1), realizada conforme as definições publicadas por Melnyk¹³ em 2005.

Tabela 1. Níveis de evidência. São Paulo (SP) – 2021.

Nível de evidência	Descrição dos níveis de evidência
I	Evidências oriundas de revisão sistemática ou meta-análise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou provenientes de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados.
II	Evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado.
III	Evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização.
IV	Evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados.
V	Evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos.
VI	Evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo.
VII	Evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatórios de comitês de especialistas.

Evidências fortes, como ensaio clínico randomizado controlado que são considerados padrão ouro na Prática Baseada em Evidência ainda são escassas na literatura. No entanto, a ausência de evidências fortes não impossibilita a tomada de decisões baseada em evidências; o que é requerido é a melhor evidencia disponível e não a melhor evidencia possível¹³.

A extração dos dados foi conduzida pelas pesquisadoras por meio da avaliação crítica dos artigos e do preenchimento de um formulário com os seguintes dados: (1) autor/ano de publicação; (2) título do artigo; (3) título do periódico; (4) categoria profissional; (5) objetivo; (6) método (desenho e local do estudo, amostra) / nível de evidência (de acordo com a Tabela 1); (7) fatores de risco para LP; (8) intervenções preventivas; (9) conclusões/recomendações.

RESULTADOS

A estratégia de busca utilizada permitiu a recuperação de 158 artigos, dos quais 46 duplicatas foram excluídas e 112 publicações foram selecionadas. Após análise do título e do resumo foram excluídos 70 artigos. Dos 42 selecionados para leitura na íntegra, 18 foram excluídos após a leitura e 8 artigos cujo o conteúdo não estava disponível para leitura na íntegra também foram excluídos, totalizando 16 estudos que compuseram a amostra final.

Dentre os 16 trabalhos incluídos neste estudo, a Pubmed foi a base de dados com mais publicações, totalizando 5 artigos (32%), seguida da Web of Science e da Embase, com 3 cada (19%), Cinahl e BDENF Enfermagem com 2 (12%), e, por fim, a Scopus com 1 publicação.

Abaixo é apresentado o fluxograma de identificação, seleção e inclusão dos artigos (Fig. 1).

Os trabalhos incluídos foram desenvolvidos em 8 países diferentes, sendo 7 (44%) no Brasil. Tiveram ainda trabalhos realizados nos Estados Unidos da América (19%), Portugal, Itália, Canadá, França, Jordânia e Austrália (todos esses com 1 estudo cada). O inglês foi o idioma utilizado em 10 estudos (62%), enquanto 6 foram publicados em português (38%).

Em relação ao local do estudo, 12 (75%) foram realizados em ambiente hospitalar, 3 (21%) foram realizados em ambiente de Clínicas de Cuidados Paliativos e 1 (7%) em *Home Care*.

As fontes de publicações abrangeram 8 (57%) periódicos da área da enfermagem, 4 (28%) em periódicos de medicina e enfermagem e 2 (14%) da área médica. Quanto aos autores, 8 (57%) foram de autoria de enfermeiros, 3 (21%) de médicos e enfermeiros, 2 (14%) de médicos e 1 (7%) de enfermeiros com outros profissionais.

Os estudos apresentaram diferentes características em relação aos tipos de estudo, delineamento metodológico e níveis de evidência, conforme apresentado na Tabela 2.

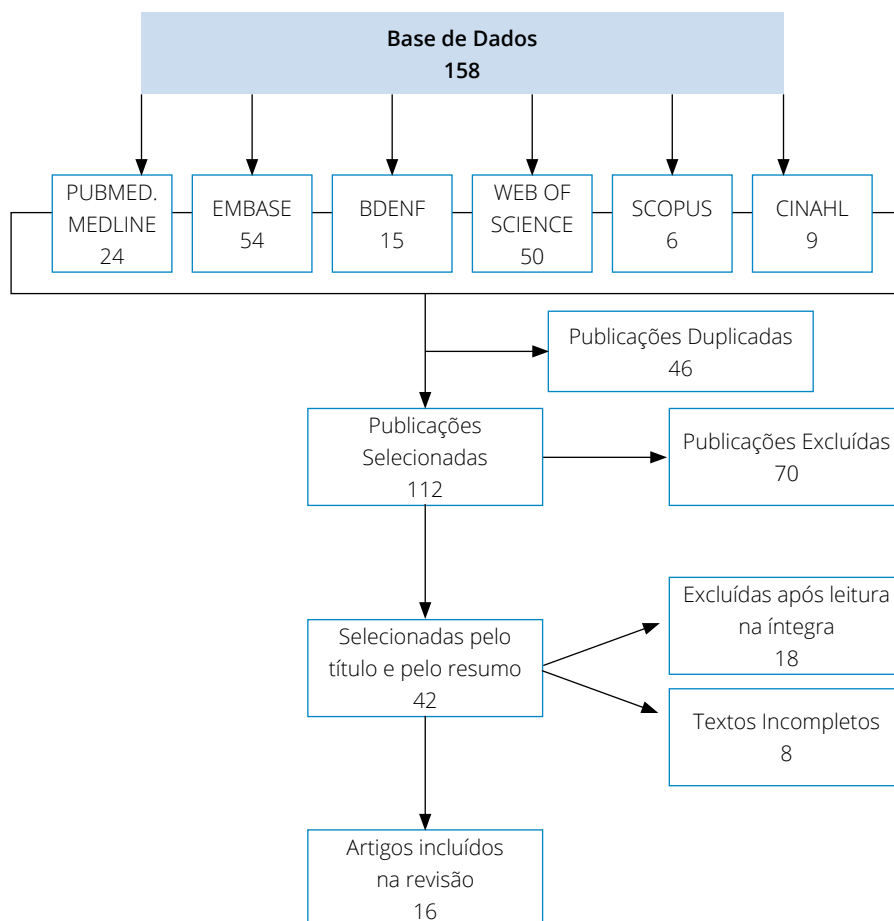


Figura 1. Fluxograma de identificação, seleção e inclusão dos artigos. São Paulo (SP) – 2021.

Tabela 2. Síntese dos artigos incluídos no estudo. São Paulo (SP) – 2021.

Título do artigo	Autor/ano/base	Tipo de estudo	Nível de evidência	Periódico
<i>Analyses of pressure ulcer point prevalence at the first skin assessment in a Portuguese hospital.</i>	Sardo ¹⁴ , 2016 / Embase	Estudo de coorte retrospectivo	IV	Journal of Tissue Viability
<i>Burden of Geriatric Events Among Older Adults Undergoing Major Cancer Surgery.</i>	Tan ¹⁵ , 2016/ Embase	Estudo retrospectivo	IV	Journal of Clinical Oncology
<i>Pressure ulcers in cancer palliative care patients.</i>	Hendrichova ¹⁶ , 2010/ PubMed	Estudo retrospectivo	IV	Palliative Medicine
<i>Wounds and survival in cancer patients.</i>	Maida ¹⁷ , 2009 / PubMed	Estudo prospectivo observacional	IV	European Journal of Cancer
<i>Prevalence of pressure ulcers in hospitals in Brazil and association with nutritional status - A multicenter, cross-sectional study.</i>	Brito ¹⁸ , 2013 / Embase	Estudo multicêntrico transversal	VI	Nutrition

continua...

Tabela 2. Continuação...

Título do artigo	Autor/ano/base	Tipo de estudo	Nível de evidência	Periódico
<i>Inception and validation of a pressure ulcer risk scale in oncology.</i>	Fromantin ¹⁹ , 2011/ Pubmed	Estudo metodológico descritivo	VI	Journal of Wound Care
<i>Pressure Injuries Among Hospitalized Patients With Cancer Prevalence and Use of Preventive Interventions.</i>	Aljezawi ⁴ , 2018/ WOS	Pesquisa multicêntrica, transversal de prevalência	IV	Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing
Análise das subescalas de Braden como indicativos de risco para LP.	Menegon ²⁰ , 2012/ WOS	Estudo descritivo transversal, retrospectivo	IV	Texto & Contexto Enfermagem
<i>General Principles and Approaches to Wound Prevention and Care at End of Life: An Overview.</i>	Langemo ²¹ , 2012 / Cinahl	Revisão sistemática	I	Ostomy Wound Manage Journal
<i>Pressure injury can occur in patients undergoing prolonged head and neck surgery.</i>	Wright ²² , 2014 / PubMed	Observacional prospectivo	VI	Journal of Oral and Maxillofacial Surgery
Efetividade do Protocolo Prevenção de Lesões de Pele em Cirurgias Urológicas Robóticas.	Angelo ²³ , 2017/ Cinahl	Documental, retrospectivo, com análise quantitativa dos dados	VI	Revista SOBECC
Úlceras de Pressão em Pacientes de Cuidados Paliativos em Casa: Prevalência e Características.	Queiroz ²⁴ , 2014 / WOS	Estudo descritivo, transversal	VI	Revista da Escola de Enfermagem da USP
Assistência de enfermagem a pacientes oncológicos com risco de úlcera por pressão em um projeto de extensão universitária.	Moraes ²⁵ , 2016 / PubMed	Pesquisa descritiva: relato de experiência	VII	Revista Em Extensão
<i>Never Say Never: A Descriptive Study of Hospital-Acquired Pressure Ulcers in a Hospital Setting.</i>	Bry ²⁶ , 2012 / Scopus	Descritivo prospectivo e retrospectivo	VI	Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing
Diarreia: Dermatite associada à incontinência e lesão por pressão.	Saurusaitis ²⁷ et al, 2019 BDEF Enfermagem	Quantitativo, descritivo, exploratório, retrospectivo.	VI	Revista de Enfermagem da UFPE on line.
Incidência de lesão por pressão em unidade de terapia intensiva oncológica.	Jomar ¹ et al, 2019 BDEF Enfermagem	Longitudinal	VI	Revista Brasileira de Enfermagem

Da amostra de 16 estudos, todos abordaram os fatores de risco para LP, 14 (88%) abordaram tanto fatores de risco como intervenções preventivas para pacientes oncológicos adultos e 2 artigos (12%) não propuseram intervenções preventivas.

A descrição dos fatores de risco associados aos pacientes oncológicos e as intervenções preventivas para as LP estão apresentadas nas Tabelas 3 e 4, juntamente com a frequência que cada um desses fatores foi considerado nos trabalhos.

Tabela 3. Frequência dos fatores de risco para desenvolvimento de lesão por pressão em pacientes oncológicos, presentes nos artigos incluídos no estudo. São Paulo (SP) – 2021.

Fator de risco	Número de artigos (%)	Locais de estudo
Idade avançada	12 (75%)	Hospital / Hospital oncológico / Serviços de cuidados paliativos / Cuidados paliativos residenciais
Imobilidade	8 (50%)	Hospital / Hospital oncológico / Serviços de cuidados paliativos
Desnutrição	8 (50%)	Hospital / Hospital oncológico / Serviços de cuidados paliativos / Cuidados paliativos residenciais
Incontinência	6 (38%)	Hospital / Cuidados paliativos residenciais
Sexo	6 (38%)	Hospital / Serviços de cuidados paliativos / Cuidados paliativos residenciais
Baixa hemoglobina / anemia	4 (25%)	Hospital / Serviços de cuidados paliativos / Hospital oncológico
Cisalhamento / dano tecidual	3 (19%)	Hospital
Problemas cardíacos	3 (19%)	Hospital / Cuidados paliativos residenciais
Tempo de internação prolongado	3 (19%)	Hospital / Serviços de cuidados paliativos
Doenças respiratórias	2 (12%)	Hospital
Baixa percepção sensorial	2 (12%)	Hospital / Serviços de cuidados paliativos
Diminuição funcional	2 (12%)	Serviços de cuidados paliativos / Cuidados paliativos residenciais
Uso de sedativos	2 (12%)	Hospital / Serviços de cuidados paliativos
Outras lesões prévias / dano tecidual	2 (12%)	Serviços de cuidados paliativos / Cuidados paliativos residenciais
Distúrbios neurológicos	2 (12%)	Hospital
Umidade	2 (12%)	Hospital / Hospital oncológico
Magreza	2 (12%)	Hospital oncológico / Cuidados paliativos residenciais
Evolução do quadro oncológico / baixa performance	2 (12%)	Hospital / Serviços de cuidados paliativos
Infecções / febre	2 (12%)	Hospital
Diabetes	2 (6%)	Hospital
Hipertensão	2 (6%)	Hospital
Perfil socioeconômico	1 (6%)	Hospital / Cuidados paliativos residenciais
Menor pontuação na escala de Braden	1 (6%)	Hospital
Uso de opioides	1 (6%)	Serviços de cuidados paliativos
Má perfusão tissular	1 (6%)	Serviços de cuidados paliativos
Paliação ou terminalidade	1 (6%)	Hospital
Degeneração física	1 (6%)	Hospital oncológico
Dor	1 (6%)	Hospital oncológico
Oxigenação da Pele prejudicada/ lesões prévias	1 (6%)	Hospital
Albumina sérica diminuída	1 (6%)	Hospital
Pele friável	1 (6%)	Cuidados paliativos
Tempo de cirurgia prolongado	1 (6%)	Hospital
Posicionamento inadequado	1 (6%)	Hospital
Uso de drogas vasoativas	1 (6%)	Hospital
Tabagismo/etilismo	1 (6%)	Cuidados paliativos residenciais
Falência orgânica	1 (6%)	Hospital

Tabela 4. Síntese das intervenções preventivas para o desenvolvimento de lesão por pressão em pacientes oncológicos, presentes nos artigos incluídos no estudo. São Paulo (SP) – 2021.

Intervenções preventivas	Número de artigos (%)	Locais de estudo
Reposicionamento (mudança de decúbito)	7 (50%)	Hospital / Serviços de cuidados paliativos / Hospital oncológico
Dispositivos de apoio / redutores de pressão	7 (50%)	Hospital / Serviços de cuidados paliativos / Hospital oncológico
Acompanhamento nutricional	7 (50%)	Hospital / Hospital oncológico
Hidratação da pele	4 (29%)	Hospital / Serviços de cuidados paliativos
Monitoramento da lesão	3 (21%)	Hospital / Serviços de cuidados paliativos / Cuidados paliativos residenciais
Avaliação inicial dos fatores de risco	2 (14%)	Hospital / Serviços de cuidados paliativos
Protetores cutâneos	2 (14%)	Hospital / Serviços de cuidados paliativos
Limpeza da pele com produtos de pH neutro	2 (14%)	Hospital / Serviços de cuidados paliativos
Controle da umidade da pele	2 (14%)	Hospital
Ações educativas	2 (14%)	Hospital / Cuidados paliativos residenciais
Curativos específicos	1 (7%)	Serviços de cuidados paliativos
Utilização da escala de Braden	1 (7%)	Hospital

DISCUSSÃO

A partir dos resultados apresentados neste estudo foi possível observar que pacientes oncológicos podem, por diversos fatores, ficar extremamente vulneráveis ao desenvolvimento de LP. Em relação aos fatores de risco para LP, as diretrizes internacionais para prevenção e tratamento² destacam uma série de eventos cujos impactos devem ser considerados, como imobilidade, presença prévia de lesões, perfusão e oxigenação de pele deficientes, situação nutricional prejudicada, idade avançada, entre outros. Todos esses fatores de risco estiveram presentes nos pacientes oncológicos e foram destacados nos artigos que compuseram esta revisão integrativa.

O fator de risco para LP mais apontado nos estudos selecionados nesta revisão foi a idade avançada. Isso ocorre, pois a incidência de câncer em pessoas idosas é muito maior, representando um considerável percentual de pacientes acamados com câncer que estão mais susceptíveis ao desenvolvimento de LP¹⁵. Além disso, em geral, idosos apresentam maior risco de integridade de pele prejudicada, uma vez que com o avanço da idade há a diminuição do turgor e da elasticidade da pele. Quando acometidos por neoplasias, esses pacientes podem ter o quadro agravado e o surgimento de lesões favorecido, também, pelo acréscimo de alterações dos mecanismos imunológicos e da sensibilidade tátil que poderiam funcionar como barreiras intrínsecas de proteção⁴, de forma que para esse público o correto diagnóstico das lesões, bem como o constante monitoramento tanto das lesões de pele quanto das condições gerais dos pacientes se mostra fundamental para a prevenção dessas.

As diretrizes internacionais² recomendam utilizar escalas de avaliação de risco no momento da admissão e frequentemente durante a internação. Estudos demonstraram que a validade preditiva dessas escalas pode ser superior ao julgamento clínico, um exemplo é a escala de Braden^{19,28}. A correta avaliação de risco para LP com o uso de escalas validadas, além da avaliação da pele, possibilita um manejo mais assertivo, seja da prevenção ou do tratamento da LP. É papel de todos os profissionais da saúde que lidam com o cuidado direto ao paciente observar e avaliar a integridade da pele em cada intervenção, garantindo, assim, o trabalho interdisciplinar e o cuidado de forma integral²⁹.

Outros dois fatores de risco, que foram os segundos mais citados nos artigos da presente revisão integrativa, foram a deficiência nutricional e a imobilidade. Os estudos analisados destacaram a avaliação nutricional como rotina na admissão

e sua monitoração primorosa durante a internação, essencialmente, com foco nos pacientes que apresentem maior risco para LP. Em um estudo conduzido no Brasil, com uma mostra de 473 pacientes em que o câncer foi o diagnóstico mais prevalente (23,5%), foi evidenciado que o aspecto nutricional tem se mostrado fortemente relacionado ao risco de desenvolvimento de LP devido ao seu impacto negativo na cicatrização de feridas¹⁸. Em um segundo estudo realizado no Brasil, multicêntrico transversal, foi apontado que os déficits nutricionais, como caquexia e anorexia, e o descontrole de eletrólitos causado pela quimioterapia e radioterapia estão diretamente relacionados ao aparecimento de lesões e são a causa de morbidade e mortalidade entre os pacientes com câncer²⁰. Além disso, na subescala “nutrição” da escala de Braden, pacientes com neoplasia obtiveram pontuação menor (maior risco nutricional)²⁰.

Em outro estudo também realizado em hospitais do Brasil, com uma amostra de 187 pacientes, em que 13,4% desses possuíam diagnóstico de neoplasias, observou-se que em mais de 60% dos pacientes houve identificação de nutrição inadequada. Nesse estudo, os pacientes com neoplasias apresentaram um pior estado nutricional, o que pode ser explicado por um estado catabólico, alteração anatômica de um órgão causada pela doença (por ex. câncer de esôfago, dificuldade para deglutir) ou pelo próprio tratamento (radioterapia, quimioterapia) que pode impedir uma nutrição adequada²⁰.

A LP e a desnutrição são uma combinação extremamente inconveniente para os pacientes, especialmente aqueles com idade avançada e com doenças terminais, de forma que é fundamental como intervenção preventiva aos pacientes oncológicos que a avaliação nutricional de risco para desenvolvimento de LP seja feita no momento da admissão ou, no máximo, na primeira semana de internação e após isso como parte da rotina¹⁸.

Quanto à imobilidade, normalmente está diretamente relacionada com o avanço da doença. A dor relacionada ao câncer é freqüentemente severa e requer o uso de analgésicos opioides, que podem reduzir a mobilidade do paciente devido ao efeito de sonolência⁴, sendo fundamental como medida de prevenção o reposicionamento e mobilização precoce, bem como o correto uso de protetores cutâneos e dispositivos redutores de pressão, como elevação dos calcâneos, uso de superfícies de apoio para posicionamento, entre outros².

Seis estudos (38%) indicaram que o sexo do paciente pode ser fator de risco para o desenvolvimento de LP, porém 4 apontaram para o sexo masculino e 2 para o sexo feminino. O sexo do paciente aparentou, no entanto, influenciar mais ou menos em alguns estudos devido à prevalência de câncer nesses (próstata em homens e mama em mulheres), de forma que não foi encontrada nenhuma correlação nesse fator diretamente relacionada com o surgimento de LP^{14,15,17,20,24,25}.

Outro fator de risco identificado como freqüente para os pacientes com câncer foi a incontinência urinária e fecal. Em um estudo descritivo transversal, realizado em Goiânia com 90 indivíduos adultos com câncer avançado, identificou-se que a incontinência urinária e fecal foi evidenciada como fator de risco importante devido ao aumento da umidade e acidez local da pele²⁴, de forma que a limpeza local com produtos com pH levemente acidificado e a diminuição da umidade dessas regiões são importantes medidas para evitar o desenvolvimento de LP em pacientes nessas condições. Em um estudo no Brasil, com uma amostra de 187 pacientes hospitalizados, demonstrou-se que em relação à escala de Braden, a subescala umidade (44,4%) é um dos itens apresentados pelos pacientes entre os maiores fatores de risco para o desenvolvimento de LP²⁰. Desse modo, intervenções preventivas para controle da umidade e incontinência são necessárias.

Há ainda, em muitos casos de incontinência, uma relação desses quadros com a nutrição inadequada, como apontado em estudo conduzido com pacientes internados no Centro de Terapia Intensiva adulto de um hospital oncológico no Rio de Janeiro, em que 84% dos pacientes oncológicos apresentavam os 2 fatores em conjunto²⁷.

A anemia ou baixa hemoglobina, citada em 4 (25%) dos estudos, também foi um importante atributo de aumento de probabilidade para o desenvolvimento de LP, normalmente relatado sob a forma de fadiga^{4,21,23,26}. Essa pode, na maioria das vezes, ser atribuída à quimioterapia, à imunossupressão e a fatores catabólicos circulantes, sendo fundamental o acompanhamento nutricional e o monitoramento dos pacientes sob essa condição, como medidas de prevenção.

O cisalhamento e o dano tecidual também foram fatores relevantes presentes em 3 (19%) dos estudos analisados, estando relacionados a outros fatores de risco, como desnutrição, imobilidade e ressecamento da pele, sendo freqüentemente o câncer responsável por provocar essas condições, através da diminuição nos níveis de atividade e perda de massa muscular, favorecendo o desenvolvimento das lesões, de forma que, com a freqüência desses acontecimentos, medidas como o reposicionamento do paciente, o uso de dispositivos redutores e protetores devem ser recomendados^{2,30}.

Cirurgias oncológicas de grande porte também foram identificadas como fator de risco para LP. Frequentemente, pacientes com os mais diferentes tipos de cânceres são submetidos a tratamentos que envolvem cirurgias de longa duração, fato de extrema importância para o estudo, uma vez que evidências científicas mostram que pacientes cirúrgicos, em geral, estão predispostos ao desenvolvimento de LP devido ao tempo de imobilização, aumento do tempo cirúrgico, tipo de cirurgia, anestesia, posições cirúrgicas e posicionamento (fatores extrínsecos)⁴. Pacientes oncológicos costumam ainda possuir fatores intrínsecos já citados nesta discussão, como idade avançada e estado nutricional prejudicado, aliados a doenças crônicas, como diabetes *mellitus*, vasculopatias, neuropatias, hipertensão e anemia, que pioram ainda mais os riscos quando submetidos a longas cirurgias²². Há estudos que propõem a aplicação de protocolos específicos para prevenção de LP em pacientes cirúrgicos²³.

Outro ponto de destaque nos artigos identificados são os pacientes oncológicos em cuidados paliativos. A incidência e prevalência de lesões de pele em indivíduos no final da vida decorrente de diversas comorbidades além do câncer são pouco exploradas, mas estima-se que as LP ocorram em, pelo menos, um terço dos pacientes em regime de cuidados paliativos. No final da vida, os profissionais de saúde/equipe interprofissional devem auxiliar o paciente e a família a decidirem se os objetivos do cuidado da lesão devem se concentrar na cura ou palição. Em pacientes em fim de vida, os curativos devem ser usados para o conforto geral, para a prevenção da exposição da pele ao exsudato da ferida e para reduzir o número de troca de curativos potencialmente dolorosos^{16,21}.

Em um estudo conduzido na Itália, uma revisão de 414 prontuários de pacientes oncológicos internados, o autor destaca que o reposicionamento desses pacientes pode causar dor ou ser limitado por outros fatores, podendo gerar conflito com as prioridades de cuidados paliativos. Esse estudo observa, ainda, que as estratégias comumente empregadas para a prevenção e tratamento de LP em pacientes terminais podem prejudicar seu conforto¹⁶. O reposicionamento deve ser empregado na prática clínica diária com o paciente oncológico, considerando a avaliação individual, baseado no seu quadro clínico e prognóstico, e respeitando as suas escolhas. Intervenções como o uso de protetores cutâneos, colchões e travesseiros redutores de pressão, curativos profiláticos de espuma e silicone podem ser usadas para melhorar os objetivos primários dos cuidados paliativos em pacientes oncológicos em risco para LP¹⁶.

Foi verificado no presente estudo que apenas um estudo propôs a mobilização precoce. Os indivíduos em repouso no leito devem avançar para a posição de sentados e deambular tão rapidamente quanto conseguirem tolerar. A programação da deambulação pode ajudar a compensar a deterioração clínica, a qual é frequentemente visível em indivíduos submetidos a períodos prolongados de repouso no leito⁴. Constatando que a baixa mobilidade do paciente está relacionada com a presença de LP e menor qualidade de vida, faz-se necessário o estímulo à funcionalidade do paciente.

Outro fator de risco apontado observado em uma revisão sistemática conduzida com 10 estudos e 108 pacientes foi que a dor causada pela LP interfere no movimento, funcionalidade e participação em atividades. Foi percebido também que experimentar a dor pode comprometer a funcionalidade, pois restringe a mobilidade³¹. Desse modo, o manejo da dor é algo que deve ser considerado ao instituir protocolos de prevenção de LP.

Outros estudos analisados neste trabalho propuseram diferentes intervenções preventivas, como ações educativas com pacientes, familiares e profissionais de saúde^{24,25,29}.

Existem controvérsias se as LP ocorrem devido à negligência do cuidado prestado ou se são inevitáveis e fazem parte da história natural da doença avançada. Embora haja controvérsias, cresce o consenso de que elas são, na maioria das vezes, preditores de morte iminente e não uma causa direta de morte³².

Diante dos resultados encontrados na presente revisão integrativa, observa-se que os pacientes oncológicos apresentam vários fatores de risco para LP, sendo necessário o reconhecimento desses riscos por toda a equipe de saúde para que intervenções preventivas possam ser implementadas, respeitando as especificidades e características dessa população, bem como o seu conforto.

Ressalta-se aqui que a principal limitação para a realização desta pesquisa foi a falta de artigos que correlacionem os fatores de risco para desenvolvimento de LP, bem como as medidas para prevenção com os aspectos intrínsecos apresentados por pacientes oncológicos.

CONCLUSÃO

Conforme os resultados apresentados nesta revisão, os fatores de risco para o desenvolvimento de LP em pacientes oncológicos, de uma forma geral, foram os mesmos fatores destacados nas diretrizes internacionais para prevenção e tratamento de LP.

O fator idade avançada foi o mais citado nos estudos, mas está mais relacionado com a frequência com que doenças oncológicas estão presentes nesses pacientes.

A deficiência nutricional é um fator de conhecida importância para o desenvolvimento de LP e está diretamente relacionada aos aspectos intrínsecos envolvendo pacientes oncológicos, de forma que a correta avaliação nutricional em conjunto com o monitoramento contínuo dessa variável, torna-se fundamental para a prevenção de lesões nesses pacientes.

Danos teciduais decorrentes de tratamentos como quimioterapia e imunossupressão, bem como incontinência urinária e fecal são fatores de risco para LP, muito frequentes em pacientes oncológicos, de forma que a correta avaliação da pele e das lesões, no primeiro caso, e a limpeza da pele com produtos de pH levemente acidificado e controle da umidade local são fundamentais para preveni-las.

Pacientes oncológicos submetidos a cirurgias, internações prolongadas e sob cuidados paliativos estão mais expostos aos fatores de risco que ocasionam essas lesões e necessitam de um olhar amplo e específico da equipe interdisciplinar.

Medidas mais tradicionais para prevenção de LP, como mudança de decúbito e superfícies de apoio redutoras de pressão são as medidas mais utilizadas para pacientes oncológicos, de forma que continuam sendo recomendadas mediante análise de cada caso.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Conceitualização: Lima AR e Palmer CR; Metodologia: Lima AR, Palmer CR e Nogueira PC; Investigação: Lima AR e Palmer CR; Redação – Primeira versão: Lima AR e Palmer CR; Redação – Revisão & Edição: Lima AR, Palmer CR e Nogueira PC; Supervisão: Nogueira PC.

DISPONIBILIDADE DE DADOS DE PESQUISA

Não se aplica

FINANCIAMENTO

Não se aplica

AGRADECIMENTOS

Fernando Cirilo de Lima pelo trabalho de formatação das tabelas e figura e ao Instituto do Câncer do Estado de São Paulo – ICESP.

REFERÊNCIAS

1. Jomar RT, Jesus RP, Jesus MP, Gouveia BR, Pinto EN, Pires AS. Incidence of pressure injury in an oncological intensive care unit. *Rev Bras Enferm* 2019;72(6):1490-5. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0356>
2. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline. Emily Haester (Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA, 2019. Disponível em: <https://npiap.com/page/Guidelines>

3. Caliri MHL, Santos VLCG, Mandelbaum MHS, Costa IG. Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST). Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia (SOBENDE). Classificação das lesões por pressão – Consenso NPUAP 2016 – Adaptada Culturalmente para o Brasil 2016.
4. Aljezawi M, Tubaishat A. Pressure injuries among hospitalized patients with câncer prevalence and use of preventive interventions. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2018;45(3):227-32. <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000429>
5. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer. Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado série cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2009.
6. Beers, EH. Palliative Wound Care: Less Is More. *Surg Clin North Am* 2019;99(5):899-919. <https://doi.org/10.1016/j.suc.2019.06.008>
7. Bajay HM, Jorge AS, Dantas SRPE. Técnicas básicas para a realização de curativos no âmbito hospitalar. Abordagem multiprofissional no tratamento de feridas. São Paulo: Atheneu; 2003. p.69.
8. Fayter D, McDaid C, Ritchie G, Stirk L, Eastwood A. Systematic review of barriers modifiers and benefits involved in participation in cancer clinical trials. York: Centre for Reviews and Dissemination: University of York; 2006 [Citado em 18 fev 2021]. Disponível em: <https://www.york.ac.uk/media/crd/crdreport31.pdf>
9. Strazzieri-Pulido KC, Gonzalez CVS, Nogueira PC, Padilha KG, Santos VLCG. Pressure injuries in critical patients: Incidence, patient-associated factors, and nursing workload. *J Nurs Manag* 2019;27(2):301-10. <https://doi.org/10.1111/jonm.12671>
10. Lima AFC, Castilho V, Baptista CMC, Rogenski NMB, Rogenski KE. Direct cost of dressings for pressure ulcers in hospitalized patients. *Rev Bras Enferm* 2016;69(2):269-75. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690212i>
11. Araújo WCO. Recuperação da informação em saúde: construção, modelos e estratégias. *Conv Ciên Inform* 2020 [Citado em 18 fev 2021];3(2):100-34. Disponível em: [file:///C:/Users/55169/Downloads/13447-Texto%20do%20artigo-40160-2-10-20200710%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/55169/Downloads/13447-Texto%20do%20artigo-40160-2-10-20200710%20(1).pdf)
12. Volpato ESN. Abrangência nas estratégias de busca em Anestesiologia: descritores nas bases de dados MEDLINE e EMBASE [Dissertação]. Botucatu (SP): Faculdade de Medicina de Botucatu; 2017.
13. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidencebased practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p.3-24.
14. Sardo PMG, Simoes CSO, Alvarelhao JJM, Costa CTO, Simoes CJC, Figueira JMR et al. Analyses of pressure ulcer point prevalence at the first skin assessment in a Portuguese hospital. *J Tissue Viability* 2016;25(2):75-82. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2016.02.006>
15. Tan HJ, Saliba D, Kwan L, Moore AA, Litwin MS. Burden of geriatric events among older adults undergoing major cancer surgery. *J Clin Oncol* 2016;34(11):1231-8. <https://doi.org/10.1200/JCO.2015.63.4592>
16. Hendrichova I, Castelli M, Mastroianni C, Piredda M, Mirabella F, Surdo L et al. Pressure ulcers in cancer palliative care patients. *Palliat Med* 2010;24(7):669-73. <https://doi.org/10.1177/0269216310376119>
17. Maida V, Ennis M, Kuziemsy C, Corban J. Wounds and survival in cancer patients. *Eur J Cancer* 2009;45(18):3237-44. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2009.05.014>
18. Brito PA, Generoso SV, Correia MITD. Prevalence of pressure ulcers in hospitals in Brazil and association with nutritional status—A multicenter, cross-sectional study. *Nutrition* 2013; 29(4):646-49. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2012.11.008>
19. Fromantin I, Falcou MC, Baffie A, Petot C, Mazerat R, Jaouen C et al. Inception and validation of a pressure ulcer risk scale in oncology. *J Wound Care* 2011;20(7):328-34. <https://doi.org/10.12968/jowc.2011.20.7.328>
20. Menegon DB, Bercini RR, Santos CT, Lucena AF, Pereira AGS, Scain SF. Braden subscales analysis as indicative of risk for pressure ulcer. *Texto contexto – enferm* 2012;21 (4):854-61. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000400016>
21. Langemo D. General principles and approaches to wound prevention and care at end of life: an overview. *Ostomy wound Manage* 2012 [Citado em 02 Abr 2019];58(5):24–6. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22562937/>
22. Wright KM, Netten YV, Dorrington CA, Hoffman GR. Pressure injury can occur in patients undergoing prolonged head and neck surgery. *J Oral Maxillofac Surg* 2014;72 (10):2060-65. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2014.04.018>
23. Ângelo CS, Pachioni CFM, Joaquim EHG, Silva EAL, Santos GG, Bonfim IM et al. Efetividade do protocolo prevenção de lesões de pele em cirurgias urológicas robóticas. *Rev SOBEC* 2017 [Citado em 02 Abr 2019];22(3):152-60. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/221>
24. Queiroz ACCM, Mota DDCF, Bachion MM, Ferreira ACM. Úlceras por pressão em paciente em cuidados paliativos domiciliares: Prevalência e características. *Rev Esc Enferm USP* 2014;48(2):264-71. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140002000010>
25. Moraes JT, Silva LM, Chagas SC, Silva AG. Assistência de enfermagem a pacientes oncológicos com risco de úlcera por pressão em um projeto de extensão universitária. *Em Extensão* 2016;15(1):117-32. https://doi.org/10.14393/REE-v15n12016_rel05
26. Bry KE, Buescher D, Sandrik M. Never Say Never: A Descriptive Study of Hospital-Acquired Pressure Ulcers in a Hospital Setting. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2012;39(3):274-81. <https://doi.org/10.1097/WON.0b013e3182549102>

27. Saurusaitis AD, Santiago LC, Peregrino A, Silva RCL, Schutz V. Diarreia: fator de risco para dermatite associada à incontinência e lesões por pressão. *Rev enferm UFPE on line* 2019 [Citado em 15 Jan 2021];13:e241955 Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1051939>
28. Paranhos WY, Santos VLGC. Avaliação de risco para úlcera de pressão por meio da Escala de Braden na língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP* 1999 [Citado em: 11 Mai 2019]; 33(n.esp.):191-206. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/799.pdf>
29. Porter-Armstrong AP, Moore ZEH, Bradbury I, McDonough S. Education of healthcare professionals for preventing pressure ulcers. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;5(5)CD011620. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011620.pub2>
30. Gillespie BM, Chaboyer WP, McInnes E, Kent B, Whitty JA, Thalib L. Repositioning for pressure ulcer prevention in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;(4):CD009958. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009958.pub2>
31. Gorecki C, Closs SJ, Nixon J, Briggs M. Patient-reported pressure ulcer pain: A mixed-methods systematic review. *J Pain Symptom Manage* 2011;42(3):443-59. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.11.016>
32. Flattau A, Blank AE. Risk factors for 90-day and 180-day mortality in hospitalised patients with pressure ulcers. *Int Wound J* 2014;11(1):14-20. <https://doi.org/10.1111/j.1742-481X.2012.01032.x>