

OCORRÊNCIA DE ÚLCERA DE PRESSÃO EM INDIVÍDUOS COM LESÃO TRAUMÁTICA DA MEDULA ESPINHAL

PRESSURE ULCERS IN INDIVIDUALS WITH SPINAL CORD INJURY

OCURRENCIA DE ÚLCERA DE PRESIÓN EN INDIVÍDUOS CON LESIÓN TRAUMÁTICA DE LA MÉDULA ESPINAL

Marilúcia Carcinoni¹
Maria Helena Larcher Caliri²
Michele Santos do Nascimento³

RESUMO

Este estudo caracterizou o perfil de 54 pacientes atendidos em um hospital com Lesão Traumática de Medula Espinhal, em relação a ocorrência de úlcera de pressão e fatores associados. Trata-se de uma população jovem e masculina. O trauma foi mais comum na região da coluna torácica, causado por acidente de trânsito. A úlcera de pressão foi identificada em 63% dos pacientes, sendo mais freqüente na região sacral e dos calcâneos e nas internações maiores de 16 dias. Observa-se a necessidade de implantar medidas institucionais para a prevenção da úlcera envolvendo uma equipe multidisciplinar, o paciente e seu cuidador/ familiar.

PALAVRAS-CHAVE: Úlcera de Decúbito; Medula Espinhal; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

This study describes the profile of 54 patients in a hospital, with spinal cord injury, for pressure ulcers and associated factors. It is a young male population. The most common trauma was in the chest spine and was more frequent in the sacral and heel regions and when the length of stay was longer than sixteen days. There is a need for institutional measures to prevent ulcers, which should involve a multidisciplinary team, the patient and his caregiver/family members.

KEY WORDS: Decubitus Ulcer; Spinal Cords; Nursing Care.

RESUMEN

Este estudio trazó el perfil de 54 pacientes con lesión traumática de médula espinal atendidos en un hospital en cuanto a la ocurrencia de úlcera de presión y factores asociados. Se trata de una población masculina joven. La úlcera de presión fue identificada en el 63% de los pacientes, con más frecuencia en la región sacra y de los calcâneos y en internaciones superiores a los 16 días. Se observa la necesidad de poner en práctica medidas institucionales para prevenir la úlcera, involucrando a un equipo multidisciplinario, al paciente y a su cuidador familiar.

Palabras clave: úlcera de decúbito, médula espinal, cuidados de enfermería.

¹ Enfermeira da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP

² Professora Associado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – Departamento de Enfermagem Geral e Especializada.

³ Enfermeira

Endereço para correspondência: Rua Lafaiete, 805 apto. 11 - Centro - Ribeirão Preto-SP - CEP 14015-080 Email: mcarcinononi@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A Lesão da Medula Espinhal (LME) é reconhecida como uma das condições mais difíceis para o ser humano, pois produz alterações fisiológicas, emocionais, sociais e econômicas na vida dos indivíduos, as quais persistem para sempre, afetando não somente a pessoa, mas toda a família.⁽¹⁾

O trauma é responsável pela maior parte das lesões medulares agudas e as causas mais frequentes são os acidentes de trânsito, ferimentos por arma de fogo, quedas, mergulhos em água rasa ou outros esportes.⁽²⁾

A população mais atingida é a dos adultos jovens, com idade entre 18 e 35 anos e na proporção de 4 homens para 1 mulher.^(3,4)

A pessoa com lesão medular apresenta alterações significativas de mobilidade e sensibilidade tendo um risco elevado para desenvolver Úlcera de Pressão (UP). Esta complicação pode acarretar demora no processo de reabilitação destes pacientes, requerendo assistência interdisciplinar e especializada para a sua prevenção e tratamento.⁽⁵⁾

Outro fator para a ocorrência da UP, nesta população, é que a LME interfere na biossíntese e no catabolismo do colágeno diminuindo a elasticidade da pele, deixando-a incapaz de adaptar-se às agressões mecânicas e com maior fragilidade na região corporal abaixo do nível da lesão.⁽⁶⁾

A UP em pacientes hospitalizados é considerada como um indicador da qualidade do serviço; medidas são recomendadas para avaliar a prevalência e incidência do problema, bem como para o desenvolvimento de programas de redução dos índices encontrados.⁽⁷⁾

A incidência e prevalência de UP em pacientes com LME varia muito, dependendo do nível da lesão, do comprometimento neurológico e das condições do tratamento, assim como do método usado para coleta de dados.⁽⁸⁾ Estudos do centro de estatística nacional de LME, nos Estados Unidos, mostram que 34% dos indivíduos admitidos em um sistema modelo, até 24 horas após a LME, desenvolveram no mínimo uma UP durante a fase aguda ou na reabilitação.⁽⁶⁾ Outro estudo americano identificou que a UP era a complicação secundária mais comum em todos os anos após a lesão medular, e sua prevalência estava associada com o número de anos após a lesão.⁽⁹⁾ Nos EUA estima-se que 50% a 80% das pessoas com LME apresentaram UP pelo menos uma vez em sua vida e a maioria das úlceras ocorreram nos primeiros dois anos após a lesão.⁽¹⁰⁾

Estudo retrospectivo realizado em um hospital do interior paulista, durante o período de três anos, apresentou que nos pacientes atendidos com LME, sete (22,5%) desenvolveram úlcera de pressão durante a primeira internação após o acidente.⁽¹¹⁾

Pesquisa que analisou os registros feitos pelos enfermeiros, nos históricos de enfermagem dos pacientes com LME, atendidos em uma instituição paulista para reabilitação, identificou que o diagnóstico de enfermagem potencial para prejuízo na integridade da pele ocorreu em 100% dos pacientes. Estabeleceu ainda que os fatores de risco, os quais embasavam a elaboração deste diagnóstico foram: alterações da motricidade e sensibilidade, incontinência urinária, alterações no turgor e elasticidade

da pele, história prévia de úlcera de pressão e presença de flictena em proeminência óssea. Diante destes fatores de risco, as intervenções de enfermagem para prevenção do problema que mais se destacaram foram: orientar/treinar o paciente enfocando a mudança de decúbito, posicionamento no leito, higienização, alimentação e hidratação.^(4,5)

No Reino Unido, dos 144 pacientes com LME admitidos em unidade especializada para tratamento, 32% tinham UP na admissão, enquanto 38% apresentaram o problema durante a hospitalização.⁽¹²⁾

As atividades envolvidas no tratamento das pessoas com LME são complexas e englobam mudanças nas condições de vida. Muitas intervenções necessárias para a prevenção da úlcera de pressão requerem entendimento, cooperação e iniciativa do paciente e de quem irá ajudá-lo. Os cuidados de prevenção podem estar comprometidos com a falta de suporte social e financeiro.⁽⁶⁾ Estratégias de prevenção para UP, as quais devem ser iniciadas logo após o diagnóstico de LME e perdurar para toda a vida, objetivam a redução da pressão exercida contra os tecidos pelas proeminências ósseas mantidas sobre uma superfície dura como a cadeira ou o leito, por meio de uso apropriado de colchão, travesseiros e almofadas; mudança de decúbito e descompressão isquiática quando sentado; higienização adequada da pele mantendo-a sempre seca e hidratada; e garantia de uma dieta rica em proteínas e vitaminas.

Nos Estados Unidos, estima-se que os gastos anuais para tratamento da UP em pessoas com LME estão ao redor de 1,3 bilhão de dólares.⁽¹³⁾ Naquele país entretanto, a sociedade tem se empenhado para reverter a situação e a população tem pressionado o Estado para assumir sua responsabilidade. Desde a década de 80, Centros Especializados em Trauma Raquimedular que fornecem assistência da fase aguda à reabilitação vocacional são criados nas diferentes regiões do país, com apoio de universidades e do governo.⁽⁹⁾

No Brasil, embora o problema tenha sido pouco estudado, sabe-se que a prática precisa incorporar as evidências disponíveis para redução dos índices encontrados. Nesse sentido, um projeto de pesquisa associado a atividades de extensão, com participação de alunos de graduação em enfermagem, enfermeiros e outros profissionais de saúde, vem-se desenvolvendo nos últimos cinco anos, em um hospital universitário do interior paulista, para implementação de protocolos de assistência.⁽¹⁴⁾ Nesta publicação apresentamos os resultados iniciais da pesquisa referentes ao período pré-intervenção.

OBJETIVOS

- Caracterizar o perfil dos pacientes hospitalizados com LME decorrente de trauma em alguns aspectos demográficos e clínicos.
- Identificar a ocorrência de úlcera de pressão e os fatores associados.

METODOLOGIA

O projeto de pesquisa foi aprovado pela comissão de regulamentação e normas éticas da instituição. Inicialmen-

te foi feito um levantamento junto ao centro de processamento de dados, para identificar a população de estudo. Os prontuários localizados foram revisados para avaliar os que atendiam aos critérios de inclusão na pesquisa: ter idade igual ou maior de dezoito anos e diagnóstico de Lesão Traumática de Medula Espinhal (LTME); ter sido hospitalizado na Unidade de Emergência e/ou na Unidade Hospitalar da instituição após o trauma, entre 1999 e 2000.

Foram excluídos da pesquisa os pacientes com diagnóstico de LTME que foram atendidos, inicialmente, em outros hospitais e encaminhados, posteriormente, à instituição por problemas secundários ou para cirurgias plásticas para correção da úlcera. A coleta dos dados realizou-se de forma retrospectiva, pela revisão dos prontuários e transcrição das informações de interesse para um instrumento desenvolvido pelas pesquisadoras.

Para análise descritiva, os dados foram transcritos para um banco de dados computadorizado utilizando os programas FOX PRO e EPI – INFO 6.0. Para investigar a associação entre a úlcera de pressão e outras variáveis foi realizado o teste exato de Fisher. O nível de significância adotado foi de $\alpha \leq 0,05$.

Para melhor compreensão dos resultados, a descrição operacional de alguns termos torna-se necessária. A classificação do nível de lesão medular tomou-se como referência o comprometimento funcional do indivíduo em decorrência da lesão e a documentação encontrada no prontuário feita pelo médico. Consideraram-se os níveis: cervical, torácico, torácico-lombar e lombar. A categoria torácico-lombar incluiu as lesões torácicas baixas associadas com lesões lombares (T10-L1). A classificação da UP foi feita nos estágios de I a IV, segundo os critérios estabelecidos internacionalmente⁽⁶⁾: estágio I – eritema não esbranquiçado da pele intacta, prenunciando ulceração da pele; estágio II – perda da pele de espessura parcial, envolvendo epiderme e/ou derme, a úlcera é superficial e pode ser descrita como bolha, abrasão ou cratera; estágio III – ferida de espessura total, envolvendo epiderme, derme e camada subcutânea, a úlcera se apresenta como cratera, com ou sem solapamento; estágio IV – destruição extensa envolvendo outros tecidos, como músculos, tendões ou ossos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos pacientes atendidos na instituição durante o período da pesquisa, 57 atenderam os critérios de inclusão, no entanto três prontuários não foram localizados. Assim, a amostra estudada foi de 54 pacientes.

Na tabela 1, apresentamos os dados demográficos da amostra. Evidenciou-se que o perfil dos pacientes é de natureza jovem, com a maior frequência na faixa etária entre 18 e 21 anos, sendo que 75% tinham menos de 38 anos. O trauma foi mais frequente com os homens (90,7%) e a proporção de LME foi de aproximadamente 1:10, com 5 mulheres para 49 homens. Quanto a raça, a maior parte da amostra era branca (64,8%). A respeito do estado civil, observamos que o trauma ocorreu com maior frequência nos pacientes solteiros (59,3%), seguidos dos casados (24,1%). Esses resultados são semelhantes a ou-

tros estudos realizados no Brasil⁽²⁻⁵⁾ e nos Estados Unidos.⁽¹⁵⁾

Em relação a procedência dos pacientes, 31,5% eram residentes em Ribeirão Preto e a maior parte veio de outras cidades do Estado de São Paulo (59,3%).

Na tabela 2, demonstramos a distribuição dos pacientes segundo o tipo de acidente, tempo de internação, condição de saída hospitalar e o nível da lesão medular. Quanto ao tipo de acidente, observamos que a maior porcentagem decorreu de colisão ou capotamento de veículos automotores (35,2%), seguido de Ferimentos por Arma de Fogo (FAF) em 26% e quedas (16,7%). Quando agrupamos as ocorrências envolvendo acidentes de trânsito com carros, motocicletas, bicicletas e atropelamentos, observamos que esses corresponderam a 48,2% dos acidentes. Esses acidentes, assim como os ferimentos por arma de fogo FAF, ocasionaram com maior frequência a lesão medular no nível cervical ou torácico. Já as quedas ocasionaram lesões nos diversos níveis da medula espinhal. Acidentes por mergulho causaram lesões no nível cervical, resultando assim, em tetraplegia.

Esses resultados são semelhantes aos encontrados nos Estados Unidos, onde os FAF ocupam o segundo lugar entre as principais causas da lesão traumática da medula, observando-se um aumento nos últimos anos em decorrência da violência urbana.⁽¹⁵⁾

Dos 54 pacientes estudados, 25 apresentaram lesão medular no nível torácico, 22 no nível cervical, 4 lombar e 3 torácico-lombar.

O tempo de internação dos pacientes variou de 1 a 153 dias. A média foi de 30,67 dias (desvio padrão 37,87). Pacientes com lesão no nível cervical e torácico tiveram maior tempo de internação, podendo-se inferir que apresentaram uma maior gravidade, já que a lesão em nível mais alto pode ocasionar problemas respiratórios e mais chance de complicações.

Dos 54 pacientes estudados, 36 (66,7%) receberam alta hospitalar, 9 (16,6%) evoluíram para óbito e 9 (16,6%) foram transferidos para outros hospitais para continuar o tratamento. Observamos que os pacientes com trauma decorrente de colisão ou capotamento apresentaram maior frequência de óbito do que aqueles acometidos de traumas por outras causas, embora o teste exato de Fisher para investigar esta associação não tenha encontrado resultados estatisticamente significantes ($p > 0,05$). Também observamos que os pacientes com trauma no nível da medula cervical mostraram maior frequência de óbito do que aqueles com lesões em outros níveis. Para testarmos a hipótese de associação entre as variáveis nível de lesão medular e tipo de saída do hospital, consideramos a amostra dividida em dois grupos: pacientes com trauma no nível cervical⁽²²⁾ e pacientes com trauma em outros níveis da medula.⁽³²⁾ Os resultados do teste exato de Fisher indicaram que a associação entre o trauma cervical e a saída por óbito foi estatisticamente significativa ($p = 0,002$).

A identificação do grau de deficiência decorrente do comprometimento medular é importante, pois implica a avaliação da capacidade do paciente para o autocuidado e realização das tarefas da vida diária. Considerando a classificação da American Spinal Injury Association

International (ASIA)⁽¹⁶⁾, 38 pacientes (70,4%) tiveram a lesão classificada como nível A, significando uma lesão completa, já que não há função motora ou sensitiva preservada nos segmentos sacros; 8 (14,8%) como nível B, expressando uma lesão incompleta com presença de função sensitiva, porém não motora abaixo do nível neurológico acometido. Entretanto, 8 pacientes (14,8%) não tinham o nível de lesão medular documentado no prontuário. Semelhantes porcentagens para lesões completas (ASIA A) e incompletas (ASIA B-E) foram encontradas em pacientes atendidos em Centros Americanos.⁽¹⁵⁾

A úlcera de pressão foi identificada nos prontuários de 34 pacientes (63%). Observou-se o registro de 77 úlceras, com a média de 2 úlceras /paciente (desvio padrão 1,31 e mediana 2,0). Em relação a localização, 28 úlceras eram na região sacral, 17 nos calcâneos e 22 em diferentes regiões. Nos pacientes que apresentaram duas ou mais úlceras, as regiões mais freqüentes foram a sacral e calcâneos. Considerando a úlcera de maior profundidade em cada paciente, 16 (36,4%) apresentaram UP no estágio II, 14 (31,8%) no estágio III e 4 (9,1%) no estágio IV. Entretanto, como este foi um estudo retrospectivo que depende da documentação no prontuário, os resultados encontrados podem estar sub estimados, uma vez que úlcera de pressão no estágio I é de identificação mais difícil se o profissional não tiver um treinamento especializado.

Na tabela 3, demonstramos a distribuição dos pacientes relacionando a presença de úlcera de pressão e o nível de lesão medular, tempo de internação e condição de saída do hospital.

Observa-se uma maior freqüência de UP nos pacientes com lesão no nível cervical, seguidos daqueles com lesão no nível torácico. A investigação desta associação utilizando o teste exato de Fisher não encontrou diferenças estatisticamente significantes ($p > 0,05$). A comparação da lesão cervical com lesão em outros níveis e a presença ou não da úlcera de pressão também não identificou diferenças estatisticamente significantes ($p > 0,05$).

A maioria das úlceras ocorreram nos pacientes que permaneceram hospitalizados mais de 15 dias. O teste exato de Fisher foi utilizado para investigar esta associação. Para isto, separamos os pacientes em dois grupos: com permanência até 15 dias e com permanência maior de 16 dias e com presença ou não de úlcera de pressão. O resultado do teste encontrou uma diferença estatisticamente significativa, indicando a presença de associação entre a úlcera de pressão e internação maior de 16 dias ($p = 0,000$).

As condições de saída dos pacientes foram investigadas em relação a presença ou não de úlcera de pressão. Constatamos que dos 45 pacientes que saíram por alta ou transferência, 27 tinham úlcera de pressão e que dos 9 que foram a óbito, 7 tinham o problema. O resultado do teste de Fisher não encontrou presença de associação ($p > 0,05$) entre úlcera de pressão e óbito. Os achados entretanto têm importante significado clínico, pois o paciente com UP após a alta pode ter um agravamento do problema e apresentar outras complicações como septicemia. Também os familiares, que irão prestar o cuidado

domiciliar, precisam obter dos profissionais, durante a internação, informações não somente sobre as medidas preventivas, mas também sobre o tratamento da úlcera e como e onde obter os recursos necessários para o cuidado.⁽⁶⁾

Outros estudos também identificaram resultados semelhantes, com uma maior incidência de UP em pacientes com lesões completas, mais altas e aumento do tempo de hospitalização.^(8,12)

Os efeitos apontam para a necessidade de desenvolvimento e implementação de protocolos, visando tanto a prevenção quanto o tratamento do problema, para que os pacientes sejam assistidos de forma apropriada no hospital e no domicílio. A meta de obter a redução dos índices de incidência e prevalência da UP deve ser problematizada com todos os profissionais da equipe de saúde, assim como administradores e não somente com a enfermagem, dado o caráter multidimensional do problema. O planejamento das estratégias de prevenção e tratamento precisa considerar além da realidade institucional, também a condição de vida do pacientes e dos serviços de saúde onde a assistência é prestada após a alta, já que o problema não é solucionado durante a internação.^(6,7)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados permitiram identificar o perfil epidemiológico dos pacientes com LTME, atendidos em instituição de nível terciário, de ensino universitário do Estado de São Paulo, em relação as características demográficas dos mesmos, condições do trauma medular e a ocorrência de úlcera de pressão. Constatamos que os pacientes são predominantemente homens, adultos jovens, solteiros e de cor branca. A causa mais freqüente do trauma foi colisão e capotamento de veículos (35,2%), seguido de FAF (26%). As ocorrências envolvendo acidentes de trânsito com diferentes veículos e atropelamentos corresponderam a 48,2% das causas. O trauma foi mais freqüente no nível torácico (46,3%) do que o cervical (40,7%). O óbito ocorreu mais nos pacientes com lesões no nível cervical ($p = 0,002$). O tempo de internação foi maior para pacientes com trauma cervical e torácico. Trinta e quatro pacientes (63%) apresentaram UP já na admissão ou durante a hospitalização, com predomínio de úlceras superficiais no estágio II. A presença de úlcera não estava associada ao nível de lesão medular, mas apresentou associação com o tempo de internação maior que 16 dias ($p = 0,000$).

Há a necessidade de adoção de medidas institucionais, para que o problema da úlcera de pressão no paciente com LME seja focalizado de forma sistemática, visando tanto a prevenção, quanto o tratamento, com a participação da equipe multidisciplinar para abordagem do assunto. Os protocolos de prevenção e tratamento das úlceras devem ser fundamentados nas recomendações das diretrizes baseadas em evidências, incluindo assim a participação do paciente e cuidador/familiar.

AGRADECIMENTOS

• Agradecimentos a Profa Dra Cláudia B. dos Santos do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, pela assessoria estatística.

• Pesquisa desenvolvida com apoio do CNPq – Projeto Integrado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Metcalf JA. Acute phase management of persons with spinal cord injury: a nursing diagnosis perspective. *Nurs Clin N Am* 1986; 21(4): 589-98.
- 2- Greve JMD, Ares MJ. Reabilitação da Lesão da Medula Espinal. In: Greve JMD, Amatuzzi MM. *Medicina da reabilitação aplicada a ortopedia e traumatologia*. São Paulo (SP): Roca; 1999. p.323-60.
- 3- Sposito MM. Paraplegia por lesão medular: estudo epidemiológico em pacientes atendidos para reabilitação. *Rev Paul. Med* 1986; 104(4):196-202.
- 4- Faro ACM. Do diagnóstico à conduta de enfermagem : a trajetória do cuidar na reabilitação do lesado medular [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1995; 208.
- 5- Faro ACM. Fatores de risco para úlcera de pressão: subsídios para a prevenção. *Rev Esc Enf USP* 1999 Set; 33(3): 279-83.
- 6- Consortium for Spinal Cord Medicine. Pressure ulcer prevention and treatment following spinal cord injury: a clinical practice guideline for health-care professionals. Washington, DC: Paralyzed Veterans of America; 2000.
- 7- Caliri MHL. A utilização da pesquisa na prática. Limites e possibilidades [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2002.
- 8- Cuddigan J, Ayello EA, Sussman C, editors. *Pressure ulcer in America: prevalence, incidence and implications for the future*. Reston (VA): NPUAP; 2001.
- 9- McKinley WO, Jackson AB, Cardenas DD, DeVivo MJ. Long term medical complications after traumatic spinal cord injury: a regional model systems analysis. *Arch Phys Med Rehabil* 1999; 80: 1402-10.
- 10- Rodrigues GP, Garber SL. Prospective study of pressure ulcer risk in spinal cord injury patients. *Paraplegia* 1994; 32:150-8.
- 11- Rangel ELM, Caliri MHL. Prevalência de úlcera de pressão e medidas usadas para prevenção e tratamento em pacientes com lesão traumática de medula espinal atendidos no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto entre 1993 e 1995. Estudo retrospectivo. In: 49º Congresso Brasileiro de Enfermagem em Belo Horizonte – MG 1997.
- 12- Ash D. An exploration of the occurrence of pressure ulcers in a British spinal injuries unit. *J Clin Nurs* 2002 Jul; 11 (4): 470-8.
- 13- Salzberg CA, Byrne DW, Cayten G. Predicting and preventing pressure ulcers in adults with paralysis. *Adv Wound Care* 1998; 11(5): 237-46.
- 14- Josué VF, Mateus ECL, Caliri MHL, Nascimento NAG, Marino NML. Atendimento multiprofissional ao lesado medular e família no HCFMRP-USP. In: VIII Ciclo em saúde Mental. 2000, Ribeirão Preto (SP).
- 15- Nobunaga AI, Go BK, Karunas RB. Recent demographic and injury trends in people served by the model spinal cord injury systems. *Arch Phys Med Rehabil* 1999 Nov; 80:1372-82.
- 16- American Spinal Injury Association. *Internacional Medical Society of Paraplegia. Padrões internacionais para classificação neurológica e funcional de lesões na medula espinal: revisado 1996*. Chicago: ASIA/IMSOP; 1999.

Tabela I: Dados demográficos dos pacientes internados com lesão da medula espinal.

Variáveis	f	%
Idade (anos)		
18Ω– 22	14	25,9
22Ω– 26	7	13,0
26Ω– 30	5	9,3
30Ω– 34	10	18,5
34Ω– 38	5	9,3
38Ω– 42	4	7,4
42Ω– 46	3	5,6
46Ω– 50	4	7,4
50Ω– 70	1	1,9
≥ 70	1	1,9
Total	54	100
Sexo		
Masculino	49	90,74
Feminino	5	9,26
Total	54	100
Raça		
branca	34.99	64,8%
parda	5.02	9,3%
outras	13.99	25,9%
Total	54	100
Estado Civil		
Solteiro	32	59,2
Casado	13	24,2
Viuvo	1	1,9
Divorciado	5	9,2
NI*	3	5,5
Total	54	100
Procedência		
Ribeirão Preto	17	31,5
Outra cidade do Estado de SP	32	59,2
Outro Estado	4	7,4
NI*	1	1,9
Total	54	100

NI* Não Informado no prontuário.

Tabela II: Distribuição dos pacientes segundo o nível de lesão medular, tipo de acidente, tempo de internação e condição de saída hospitalar:

Variável	Nível de Lesão Medular				Total	
	Cervical	Torácica	Torácica- lombar	Lombar	f	%
Tipo de acidente						
Colisão/ Capotamento	7	10	0	2	19	35,2
FAF	5	9	0	0	14	25,9
Queda	2	4	1	2	9	16,7
Mergulho	4	0	0	0	4	7,4
Moto	1	1	2	0	4	7,4
Bicicleta	2	0	0	0	2	3,7
Atropelamento	0	1	0	0	1	1,8
Não Informado	1	0	0	0	1	1,8
Total	22	25	3	4	54	100
Tempo de internação						
01Ω- 04	2	1	0	1	4	7,4
04Ω- 08	4	4	0	0	8	14,8
08Ω- 12	2	3	0	0	5	9,26
12Ω- 16	3	1	0	1	6	11,11
16Ω- 20	4	4	1	1	9	16,7
20Ω- 24	1	3	0	0	4	7,4
24Ω- 35	1	4	0	1	6	11,11
≥ 35	5	5	2	0	12	22,22
Total	22	25	3	4	54	100
Condição de saída						
Alta	10	20	3	3	36	66,7
Transferência	4	4	0	1	9	16,6
Óbito	8	1	0	0	9	16,6
Total	22	25	3	4	54	100

NI* não informado no prontuário.

FAF – Ferimento por arma de fogo

TABELA III: DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES SEGUNDO A PRESENÇA DE ÚLCERA DE PRESSÃO E O NÍVEL DE LESÃO MEDULAR, TEMPO DE INTERNAÇÃO E CONDIÇÃO DE SAÍDA HOSPITALAR

Variáveis	f	%	Presença de Úlcera de Pressão	
			Sim	Não
Nível da lesão medular			F	%
Cervical	15	27,8	7	13,0
Torácica	14	25,9	11	20,4
Torácica/ Lombar	3	5,5	0	0,0
Lombar	2	3,7	2	3,7
Total	34	63	20	37
Tempo de internação				
01Ω- 04	0	0	4	7,4
04Ω- 08	2	3,7	6	11,1
08Ω- 12	2	3,7	3	5,6
12Ω- 16	3	5,5	3	5,6
16Ω- 20	7	13	2	3,7
20Ω- 24	4	7,4	0	0,0
24Ω- 35	5	9,3	1	1,8
≥ 35	11	20,4	1	1,8
Total	34	63	20	37
Condição de saída				
Alta hospitalar	22	40,7	14	25,9
Transferência	5	9,3	4	7,4
Óbito	7	13	2	3,7
Total	34	63	20	37