

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento:	PROTOCOLO	PRO.NUSEP.005 Página 1/20
Título do Documento:	Prevenção de lesão por pressão	Emissão: 19/10/2016
		Revisão Nº: -

I. AUTORES

- Camilo Reuber de Sousa Soares
- Rejane Lúcia Alves Maia
- Simone Maria Pinheiro Meireles
- Emeline Moura Lopes
- Alessandra Cavaignac Machado
- Juliana de Lima Comaru

1. FINALIDADE

Promover a prevenção da ocorrência de lesão por pressão.

2. JUSTIFICATIVA

A Organização Mundial de Saúde, através da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, dispõe de metas e estratégias para a melhoria da assistência ao paciente baseada na prevenção de danos. Uma das consequências mais comuns resultante de longa permanência em hospitais é o aparecimento de lesões. A incidência aumenta proporcionalmente à combinação de fatores de risco: idade avançada, restrição ao leito, obesidade, hipotensão, desnutrição, incontinência, anasarca, sepse, exposição da pele à fricção, cisalhamento e umidade (DOMANSKY E BORGES, 2014).

O Brasil lançou em abril de 2013, a Política Nacional de Segurança do Paciente, onde seis eixos são considerados na prevenção de danos. São eles: cirurgia segura, prática de higiene das mãos em serviços de saúde, prevenção de quedas em pacientes hospitalizados, identificação do paciente, segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos e prevenção de úlceras por pressão (UPP).

Em abril de 2016, o *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP), organização norte-americana, sem fins lucrativos, dedicada à prevenção e ao tratamento de lesões por pressão, anunciou a mudança na terminologia Úlcera por Pressão para Lesão por Pressão. Tal documento já foi traduzido e validado para o português por membros da Associação Brasileira de Estomatoterapia (SOBEST) e da Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia (SOBENDE) (SOBEST, 2016).

No intuito de trabalhar esta estratégia voltada para a segurança do paciente como parte da implementação da Política Nacional de Segurança do Paciente, a Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) visa implementar um plano de prevenção de Lesão por Pressão (LPP).

Na literatura, as taxas de incidência e prevalência de lesão por pressão (LPP) variam de acordo com as características dos pacientes e com o nível de cuidado, diferenciando-se em:

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento:	PROTOCOLO	PRO.NUSEP.005 Página 2/20
Título do Documento:	Prevenção de lesão por pressão	Emissão: 19/10/2016
		Revisão Nº: -

- Cuidados de longa permanência: onde entram algumas unidades desta instituição: Unidades de Terapia Intensiva (UTI) neonatal e materna. As taxas de prevalência variam entre 2,3% e 28% e as taxas de incidência variam entre 2,2% e 23,9%;

- Cuidados agudos: os setores de internação e sala de recuperação enquadram-se neste grupo. As taxas de prevalência variam entre 10% e 18% e as taxas de incidência variam entre 0,4% e 38%;

- Atenção domiciliar: onde as taxas de prevalência variam entre 0% e 29% e as taxas de incidência variam entre 0% e 17%.

As Lesões por Pressão (LPP) causam danos consideráveis aos pacientes, o que dificulta o processo de recuperação funcional, frequentemente causando dor e levando ao desenvolvimento de infecções graves, e também têm sido associadas a internações prolongadas, sepse e mortalidade (BRASIL, 2013).

A presença de LPP causa vários problemas físicos e emocionais ao paciente, uma vez que são fonte de dor, desconforto e sofrimento. As LPPs aumentam o risco de desenvolvimento de outras complicações e influenciam na morbidade e na mortalidade do paciente acometido, constituindo, assim, um sério problema de saúde. Também trazem várias implicações na vida dos familiares e da instituição em que se encontra o paciente, além de aumentarem consideravelmente os custos do tratamento (DOMANSKY E BORGES, 2014).

Embora muitos subestimem o aparecimento de LPPs nas crianças, pesquisas descrevem incidência entre 0,29% a 27% em crianças hospitalizadas, 23% em UTI neonatal e 20 a 42% em pacientes ambulatoriais portadores de lesões medulares (BLANES E FERREIRA, 2014).

3. DEFINIÇÃO

A definição internacional do *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) para LPP é: um 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. A lesão ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição (SOBEST, 2016).

4. PATOGENIA

As Lesões por Pressão (LPP) são áreas de destruição tecidual provocadas por compressão do tecido macio contra proeminência óssea, geralmente do sacro, do trocânter e do ísquio, e superfície de contato durante um tempo prolongado. A compressão prejudica o fornecimento de sangue ao tecido,

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento:	PROTOCOLO	PRO.NUSEP.005 Página 3/20
Título do Documento:	Prevenção de lesão por pressão	Emissão: 19/10/2016
		Revisão Nº: -

levando à insuficiência vascular, anóxia tecidual e morte das células. Por ser a pressão o principal agente para a formação da LPP, recomenda-se a adoção da expressão “lesão por pressão” na documentação da lesão (DOMANSKY E BORGES, 2014).

Lembrando que agora, o termo “lesão por pressão” deve ser utilizado por todo os profissionais de saúde, pois descreve com mais precisão as lesões em peles intactas e ulceradas (IBSP, 2016).

As LPPs não ocorrem em pessoas saudáveis, uma vez que a pressão prolongada e a isquemia, ao provocarem desconforto e dor, fazem com que o indivíduo se movimente em busca de alívio, mesmo quando em sono profundo.

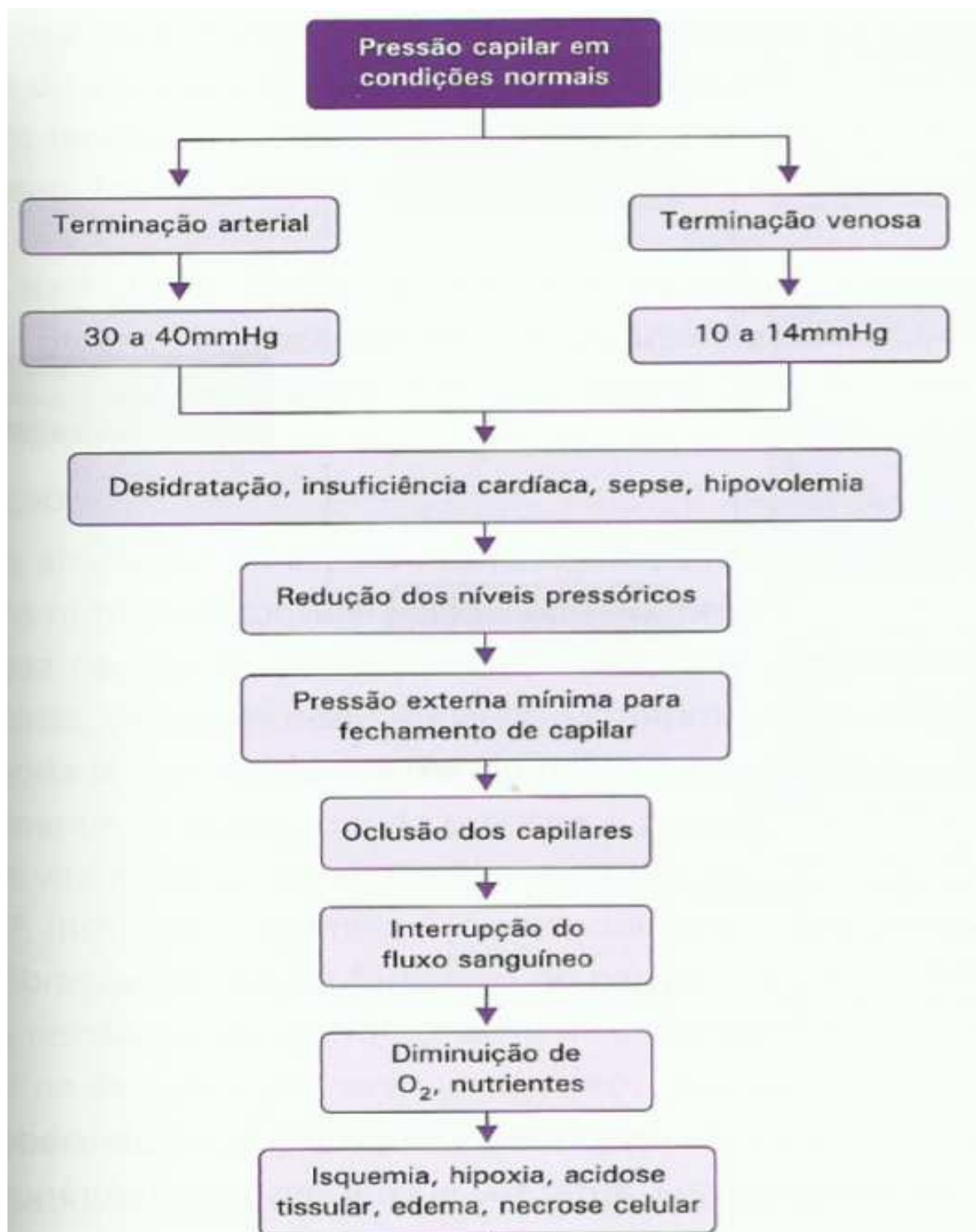
As LPPs podem desenvolver-se em 24 horas ou levar até cinco dias para se manifestar. Portanto, todos os profissionais de saúde responsáveis pela prevenção da lesão devem estar familiarizados com os principais fatores de risco para a formação a LPP. Nos indivíduos que ficam impossibilitados de se movimentar, ocorrem pressões excessivas que fazem os capilares se colapsarem. Em consequência, o fluxo de sangue e de nutrientes é interrompido, o que pode levar à isquemia local e, eventualmente, à necrose celular, desencadeando a formação da LPP (DOMANSKY E BORGES, 2014).

Em geral, aceita-se que a pressão mantida por um período de duas horas pode ocasionar uma lesão isquêmica. Pacientes com grave comprometimento do estado geral podem desenvolver lesões em tempo inferior a duas horas. Quando a pressão cutânea é superior à pressão capilar média (32mmHg) em indivíduos sadios, ocorre isquemia local, caracterizada por edema, eritema, erosão e úlceras (DOMANSKY E BORGES, 2014).

A diminuição da vascularização pela oclusão dos vasos durante intenso período de pressão, em determinada área do corpo, ocasiona redução do fluxo sanguíneo, responsável por nutrir e oxigenar os tecidos. Em consequência desses fatores, ocorre isquemia tecidual, e a gravidade dos danos à pele e aos tecidos mais profundos, músculos e vasos está relacionada à duração e à intensidade da pressão (Figura 1).

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	PROTOCOLO	PRO.NUSEP.005 Página 4/20
Título do Documento:	Prevenção de lesão por pressão	Emissão: 19/10/2016
		Revisão Nº: -

Figura 1. Alterações decorrentes de redução da pressão do capilar e desenvolvimento da lesão por pressão (LPP).



Fonte: BORGES E DOMANSKY, 2014.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	PROTOCOLO	PRO.NUSEP.005 Página 5/20
Título do Documento:	Prevenção de lesão por pressão	Emissão: 19/10/2016
		Revisão Nº: -

5. INTERVENÇÕES

A maioria dos casos de lesão por pressão (LPP) pode ser evitada por meio da identificação dos pacientes em riscos e da implantação de estratégias de prevenção confiáveis para todos os pacientes identificados como de risco (BRASIL, 2013).

As seis etapas essenciais de uma estratégia de prevenção de lesão por pressão são:

- Avaliação de LPP na admissão de todos os pacientes;
- Reavaliação diária de risco de desenvolvimento de LPP de todos os pacientes internados;
- Inspeção diária da pele;
- Manejo da umidade;
- Manutenção do paciente seco e com pele hidratada;
- Otimização da nutrição e da hidratação e minimizar a pressão.

5.1. Avaliação de LPP na admissão de todos os pacientes

5.1.1. Avaliação do risco do desenvolvimento de LPP.

5.1.2. Avaliação da pele para detectar a presença de LPP já instaladas.

A pronta identificação de pacientes em risco para o desenvolvimento de LPP, por meio de utilização de ferramenta validada, permite a adoção de medidas preventivas. A avaliação do risco deve contemplar os seguintes fatores:

- Mobilidade
- Incontinência
- Déficit sensitivo
- Estado nutricional

A escala de Braden (Anexo A) é a ferramenta mais amplamente utilizada dentre aquelas disponíveis. Em casos de pacientes recém-nascidos, deve-se utilizar uma ferramenta apropriada (Anexo B), cujos critérios foram estabelecidos conforme especificidade da instituição, tendo em vista a ausência de critérios direcionados a essa população.

5.2. Reavaliação diária de risco de desenvolvimento de LPP de todos os pacientes internados

A complexidade e a gravidade dos pacientes internados resultam na necessidade de reavaliação diária do potencial e do risco de desenvolvimento de LPP.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento:	PROTOCOLO	PRO.NUSEP.005 Página 6/20
Título do Documento:	Prevenção de lesão por pressão	Emissão: 19/10/2016
		Revisão Nº: -

A reavaliação diária permite aos profissionais de saúde ajustar sua estratégia de prevenção conforme a necessidades do paciente. O grau de risco, conforme especificado em várias ferramentas, permite que os profissionais implantem estratégias individualizadas para os pacientes.

5.2.1. Classificação da Lesão por Pressão – LPP

A. Lesão por Pressão Estágio 1: Pele íntegra com eritema que não embranquece

Pele íntegra com área localizada de eritema que não embranquece e que pode parecer diferente em pele de cor escura. Presença de eritema que embranquece ou mudanças na sensibilidade, temperatura ou consistência (endurecimento) podem preceder as mudanças visuais. Mudanças na cor não incluem descoloração púrpura ou castanha; essas podem indicar dano tissular profundo (SOBEST, 2016).

B. Lesão por Pressão Estágio 2: Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme

Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme. O leito da ferida é viável, de coloração rosa ou vermelha, úmido e pode também apresentar-se como uma bolha intacta (preenchida com exsudato seroso) ou rompida. O tecido adiposo e tecidos profundos não são visíveis. Tecido de granulação, esfacelo e escara não estão presentes. Essas lesões geralmente resultam de microclima inadequado e cisalhamento da pele na região da pélvis e no calcâneo. Esse estágio não deve ser usado para descrever as lesões de pele associadas à umidade, incluindo a dermatite associada à incontinência (DAI), a dermatite intertriginosa, a lesão de pele associada a adesivos médicos ou as feridas traumáticas (lesões por fricção, queimaduras, abrasões) (SOBEST, 2016).

As características deste estágio não devem ser confundidas com fissuras de pele, queimaduras por abrasão, dermatite associada à incontinência, maceração ou escoriação (BRASIL, 2013).

C. Lesão por Pressão Estágio 3: Perda da pele em sua espessura total

Perda da pele em sua espessura total na qual a gordura é visível e, frequentemente, tecido de granulação e epíbole (lesão com bordas enroladas) estão presentes. Esfacelo e /ou escara pode estar visível. A profundidade do dano tissular varia conforme a localização anatômica; áreas com adiposidade significativa podem desenvolver lesões profundas. Podem ocorrer descolamento e túneis. Não há exposição de fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso. Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável (SOBEST, 2016).

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento:	PROTOCOLO	PRO.NUSEP.005 Página 7/20
Título do Documento:	Prevenção de lesão por pressão	Emissão: 19/10/2016
		Revisão Nº: -

D. Lesão por Pressão Estágio 4: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular

Perda da pele em sua espessura total e perda tissular com exposição ou palpação direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso. Esfacelo e /ou escara pode estar visível. Epíbole (lesão com bordas enroladas), descolamento e/ou túneis ocorrem frequentemente. A profundidade varia conforme a localização anatômica. Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável (SOBEST, 2016).

E. Lesão por Pressão Não Classificável: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível

Perda da pele em sua espessura total e perda tissular na qual a extensão do dano não pode ser confirmada porque está encoberta pelo esfacelo ou escara. Ao ser removido (esfacelo ou escara), Lesão por Pressão em Estágio 3 ou Estágio 4 ficará aparente. Escara estável (isto é, seca, aderente, sem eritema ou flutuação) em membro isquêmico ou no calcâneo não deve ser removida (SOBEST, 2016).

F. Lesão por Pressão Tissular Profunda: descoloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece

Pele intacta ou não, com área localizada e persistente de descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura que não embranquece ou separação epidérmica que mostra lesão com leito escurecido ou bolha com exsudato sanguinolento. Dor e mudança na temperatura frequentemente precedem as alterações de coloração da pele. A descoloração pode apresentar-se diferente em pessoas com pele de tonalidade mais escura. Essa lesão resulta de pressão intensa e/ou prolongada e de cisalhamento na interface osso-músculo. A ferida pode evoluir rapidamente e revelar a extensão atual da lesão tissular ou resolver sem perda tissular. Quando tecido necrótico, tecido subcutâneo, tecido de granulação, fáscia, músculo ou outras estruturas subjacentes estão visíveis, isso indica lesão por pressão com perda total de tecido (Lesão por Pressão Não Classificável ou Estágio 3 ou Estágio 4). Não se deve utilizar a categoria Lesão por Pressão Tissular Profunda (LTP) para descrever condições vasculares, traumáticas, neuropáticas ou dermatológicas (SOBEST, 2016).

Definições adicionais:**G. Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico**

Essa terminologia descreve a etiologia da lesão. A Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. A lesão

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	PROTOCOLO	PRO.NUSEP.005 Página 8/20
Título do Documento:	Prevenção de lesão por pressão	Emissão: 19/10/2016
		Revisão Nº: -

por pressão resultante geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo. Essa lesão deve ser categorizada usando o sistema de classificação de lesões por pressão (SOBEST, 2016).

H. Lesão por Pressão em Membranas Mucosas

A lesão por pressão em membranas mucosas é encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas (SOBEST, 2016).

5.3. Inspeção diária da pele

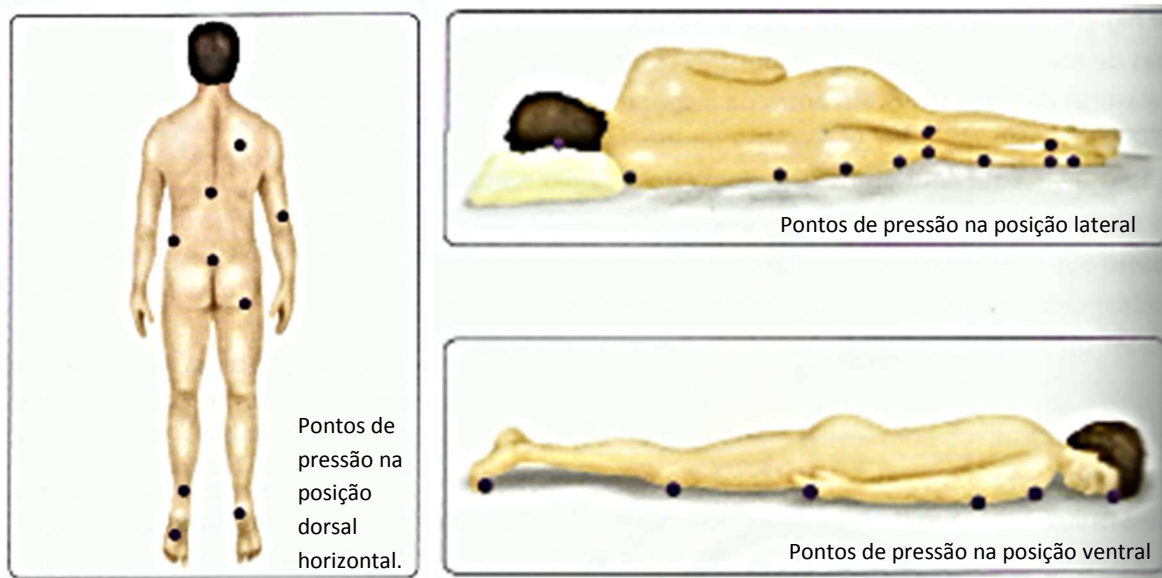
Pacientes que apresentam risco de desenvolvimento de lesão por pressão (LPP), de acordo com os estágios 1 e 2, necessitam de inspeção diária de toda a superfície cutânea, da cabeça aos pés. Estes pacientes, em geral hospitalizados, podem apresentar deterioração da integridade da pele em questão de horas. Em virtude da rápida mudança de fatores de risco em pacientes agudamente enfermos, a inspeção diária da pele é fundamental. Deve ser dada atenção especial a áreas de alto risco para desenvolvimento de LPP (RYCROFT-MALONE E MCINNESS, 2000 *apud* BRASIL, 2013).

Durante a admissão ou readmissão, examinar a pele do paciente cuidadosamente para identificar alterações da integridade cutânea e LPP existentes. Para uma apropriada inspeção da pele, deve-se ter especial atenção às áreas corporais de maior risco para LPP, como as regiões anatômicas sacral, calcâneo, ísquio, trocânter, occipital, escapular, maleolar e regiões submetidas à pressão por dispositivos, como presença de cateteres, tubos e drenos (Figura 2) (RYCROFT-MALONE E MCINNESS, 2000 *apud* BRASIL, 2013).

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento:	PROTOCOLO	PRO.NUSEP.005 Página 9/20
Título do Documento:	Prevenção de lesão por pressão	Emissão: 19/10/2016
		Revisão Nº: -

Figura 2. Pontos de Pressão



Fonte: BORGES E DOMANSKY, 2014.

A realização do diagnóstico diferencial para a distinção entre os tipos de lesão (LPP, úlcera arterial, úlcera venosa, úlcera neuropática e dermatites) melhora o tratamento e o gerenciamento dos cuidados.

A inspeção da pele deve ocorrer em intervalo pré-definidos, cuja periodicidade é proporcional ao risco identificado. É necessário o registro apropriado e pontual das alterações encontradas (BRASIL, 2013).

Para a avaliação do risco de quedas em pacientes neonatais, tendo em vista a ausência de critérios estabelecidos na literatura, foram selecionados os critérios específicos para a realidade da instituição.

5.4. Manejo da umidade: manutenção do paciente seco e com pele hidratada

Pele úmida é mais vulnerável, propícia ao desenvolvimento de lesões cutâneas, e tende a se romper mais facilmente. A pele deve ser limpa, sempre que apresentar sujidade e em intervalos regulares. O processo de limpeza deve incluir a utilização cuidadosa de um agente de limpeza suave que minimize a irritação e a secura da pele (BRASIL, 2013).

Deve-se tomar cuidado para minimizar a exposição cutânea à umidade decorrente de incontinência, transpiração ou exsudato de feridas. Quando estas fontes de umidade não puderem ser controladas, a utilização de fraldas e absorventes é recomendada, com o objetivo de minimizar o contato da pele com a umidade. Agentes tópicos que atuam como barreiras contra a umidade e hidratam a pele também podem ser utilizados (BRASIL, 2013).

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento:	PROTOCOLO	PRO.NUSEP.005 Página 10/20
Título do Documento:	Prevenção de lesão por pressão	Emissão: 19/10/2016
		Revisão Nº: -

O tratamento da pele ressecada com hidratantes tem se mostrado especialmente efetivo na prevenção de LPP.

5.4.1.Procedimento Operacional das medidas preventivas para higiene, hidratação e manejo da umidade da pele:

A. Higienização e hidratação da pele

- Limpe a pele sempre que estiver suja ou sempre que necessário utilizando água morna e sabão neutro para reduzir a irritação e o ressecamento. (NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, 2007 *apud* (BRASIL, 2013).
- Use hidratantes na pele seca e em áreas ressecadas, principalmente após o banho, pelo menos uma vez ao dia (Nível de evidência B). (IHI, 2011).
- Durante a hidratação da pele, não massagear áreas de protuberâncias ósseas ou áreas hiperemiadas. A aplicação do hidratante deve ser com movimentos suaves e circulares. (IHI, 2011).
- A massagem está contraindicada na presença de inflamação aguda e onde existe a possibilidade de haver vasos sanguíneos danificados ou pele frágil. (IHI, 2011; NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, 2007 *apud* BRASIL, 2013).

B. Manejo da umidade

- Proteger a pele de exposição à umidade excessiva através do uso de produtos de barreira, de forma a reduzir o risco de lesão por pressão. As propriedades mecânicas do estrato córneo são alteradas pela presença de umidade, assim como sua função de regulação da temperatura (Nível de evidência C). (IHI, 2011).
- Controlar a umidade através de determinação de causa, usando absorventes ou fraldas. (IHI, 2011).
- Quando possível, oferecer uma comadre nos horários de mudança de decúbito. (NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, 2007 *apud* BRASIL, 2013).

Segundo orientação do Ministério da Saúde, além da incontinência urinária e fecal, a equipe de enfermagem deve estar atenta a outras fontes de umidade, como extravasamento de drenos, exsudatos de feridas, suor e linfa em pacientes edemaciados/anasarcados.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento:	PROTOCOLO	PRO.NUSEP.005 Página 11/20
Título do Documento:	Prevenção de lesão por pressão	Emissão: 19/10/2016
		Revisão Nº: -

5.5. Otimização da nutrição e da hidratação

A avaliação de pacientes com o possível risco de desenvolver lesão por pressão (LPP) deve incluir a revisão de fatores nutricionais e de hidratação. Pacientes com déficit nutricional ou desidratação podem apresentar perda de massa muscular e de peso, tornando os ossos mais salientes e a deambulação mais difícil (BRASIL, 2013).

Edema e menor fluxo sanguíneo cutâneo geralmente acompanham os déficits nutricionais e hídricos, resultando em lesões isquêmicas que contribuem para as lesões na pele. Pacientes mal nutridos podem apresentar uma probabilidade duas vezes maior de lesões cutâneas (BRASIL, 2013).

Líquidos, proteínas e ingesta calórica são importantes aspectos para manutenção de um estado nutricional adequado. Suplementos nutricionais podem ser necessários caso a ingesta não seja suficiente. É recomendado que nutricionistas sejam consultados nos casos de pacientes com desnutrição a fim de avaliar e propor intervenções mais apropriadas (BRASIL, 2013).

Todos os indivíduos com risco nutricional e risco para o desenvolvimento de LPP devem ser comunicados ao nutricionista, bem como devem receber avaliação multiprofissional, incluindo equipe médica e de fisioterapia.

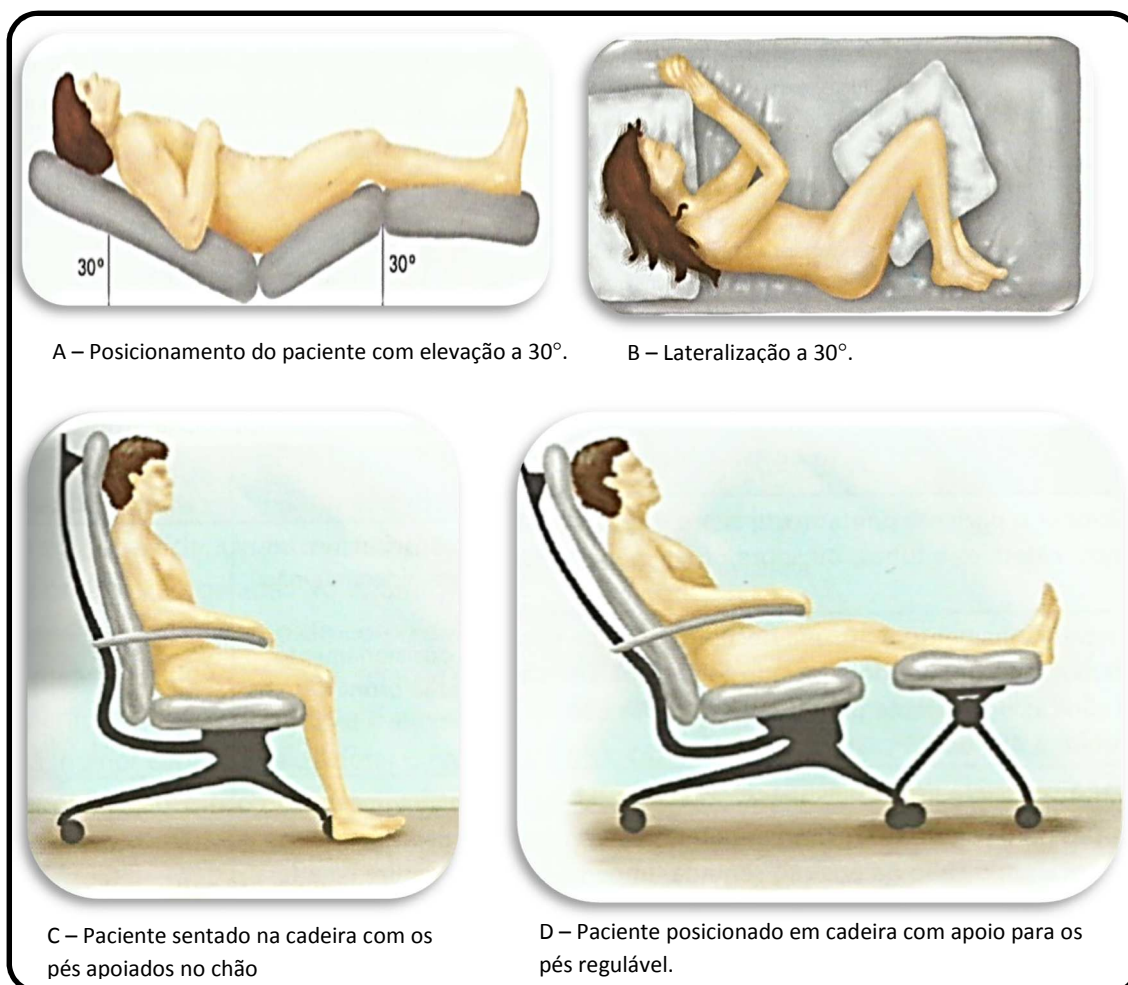
5.6. Minimizar a pressão

A redistribuição da pressão, especialmente sobre as proeminências ósseas, é a preocupação principal. Pacientes com mobilidade limitada apresentam risco maior do desenvolvimento de LPP. Todos os esforços devem ser feitos para redistribuir a pressão sobre a pele através do reposicionamento a cada duas horas e da utilização de superfícies de redistribuição de pressão (Figura 3 e 4) (BRASIL, 2013).

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento:	PROTOCOLO	PRO.NUSEP.005 Página 12/20
Título do Documento:	Prevenção de lesão por pressão	Emissão: 19/10/2016
		Revisão Nº: -

Figura 3. Posicionamento correto do paciente.



Fonte: BORGES E DOMANSKY, 2014.

Figura 4. Relógio indicativo da mudança de decúbito.



Fonte: BORGES E DOMANSKY, 2014.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento:	PROTOCOLO	PRO.NUSEP.005 Página 13/20
Título do Documento:	Prevenção de lesão por pressão	Emissão: 19/10/2016
		Revisão Nº: -

O objetivo do reposicionamento a cada duas horas é redistribuir a pressão e, conseqüentemente, manter a circulação nas áreas do corpo com risco de desenvolvimento de LPP.

O reposicionamento de pacientes de risco alterna ou alivia pressão sobre as áreas suscetíveis, reduzindo o risco de desenvolvimento de LPP. Travesseiros e coxins são materiais facilmente disponíveis e que podem ser utilizados para auxiliar a redistribuição da pressão. Quando utilizamos de forma apropriada, podem expandir a superfície que suporta o peso. Geralmente a pele de pacientes com risco para LPP rompe-se facilmente durante o reposicionamento, portanto, deve-se tomar cuidado com a fricção durante este procedimento (BRASIL, 2013).

Superfícies de apoio específicas redistribuem a pressão que o corpo do paciente exerce sobre a pele e os tecidos subcutâneos. Se a mobilidade do paciente está comprometida e a pressão nesta interface não é redistribuída, a pressão pode prejudicar a circulação, levando ao surgimento da úlcera (BRASIL, 2013).

Superfícies de apoio específicas (como colchões, camas e almofadas) redistribuem a pressão que o corpo do paciente exerce sobre a pele e os tecidos subcutâneos. Se a mobilidade do paciente está comprometida e a pressão nesta interface não é redistribuída, a pressão pode prejudicar a circulação, levando ao surgimento da úlcera.

Pacientes cirúrgicos submetidos à anestesia por período prolongado geralmente apresentam risco aumentado de desenvolvimento de LPP, portanto todos estes pacientes devem receber avaliação de risco de pele.

Os profissionais de saúde devem implantar estratégias de prevenção, como garantir o reposicionamento do paciente e sua colocação em superfície de redistribuição de pressão, para todos aqueles com risco identificado (BRASIL, 2013).

5.6.1.Procedimento Operacional para minimizar a pressão.

A. Mudança de decúbito ou reposicionamento

- Deve ser executada para reduzir a duração e a magnitude da pressão. (IHI, 2011).
- Avaliar a pele e conforto individuais. (IHI, 2011).
- A frequência da mudança de decúbito será influenciada por variáveis relacionadas ao indivíduo (tolerância tecidual, nível de atividade e mobilidade, condição clínica, objetivo do tratamento, condição da pele e avaliação da dor) e pelas superfícies de redistribuição de pressão (nível de evidencia A). (IHI, 2011).
- Reposicionar o paciente de tal forma que a pressão seja aliviada ou redistribuída. Evitar sujeitar a pele a forças de torção (cisalhamento). Evitar posicionar sobre sondas, drenos ou proeminências ósseas com hiperemia não reativa. (IHI, 2011).

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento:	PROTOCOLO	PRO.NUSEP.005 Página 14/20
Título do Documento:	Prevenção de lesão por pressão	Emissão: 19/10/2016
		Revisão Nº: -

- O reposicionamento deve ser feito usando 30° na posição semi-fowler e uma inclinação de 30° para posições laterais alternando lado direito, dorsal e lado esquerdo, se o paciente tolerar. Evitar posturas que aumentam a pressão, como deitado de lado a 90°. (IHI, 2011; NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, 2007 *apud* BRASIL, 2013).

B. Medidas preventivas de fricção e cisalhamento

- Elevar a cabeceira a 30° e evitar pressão nos trocânteres quando em posição lateral. Limitar o tempo de cabeceira mais elevada, pois o paciente tende a escorregar, ocasionando fricção e cisalhamento (nível de evidência C). (IHI, 2011; NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, 2007 *apud* BRASIL, 2013).
- Usar forro móvel ou dispositivo mecânico de elevação para mover os pacientes durante a mudança de decúbito. Deve se verificar se nada foi esquecido sob o corpo do paciente para evitar dano tecidual. (IHI, 2011; NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, 2007 *apud* BRASIL, 2013).
- Avaliar a necessidade do uso de materiais de curativos (filme transparente não estéril) para proteger proeminências ósseas, a fim de evitar o desenvolvimento de LPP. (NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, 2007 *apud* BRASIL, 2013).

Este posicionamento da cabeceira em 30° também contempla o protocolo de prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação (PAV).

C. Materiais e equipamentos de redistribuição de pressão

- Utilizar colchões de espuma altamente específica em vez de colchões hospitalares padrão, em todos os indivíduos de risco para desenvolver LPP (nível de evidência A). (IHI, 2011).
- Não utilizar colchões ou sobreposição de colchões de células pequenas de alternância de pressão com o diâmetro inferior a 10 cm. (IHI, 2011).
- Os calcâneos devem ser mantidos afastados da superfície da cama. (IHI, 2011).
- Os dispositivos de prevenção de LPP nos calcâneos devem elevá-los de tal forma que o peso seja distribuído ao longo da sua parte posterior, sem colocar pressão sobre o tendão de Aquiles. O joelho deve ter ligeira flexão. Pode utilizar almofada ou travesseiro abaixo das pernas para manter os calcâneos flutuantes. (IHI, 2011).

A hiperextensão do joelho pode causar obstrução da veia poplítea, que pode predispor a uma trombose venosa profunda. (IHI, 2011).

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento:	PROTOCOLO	PRO.NUSEP.005 Página 15/20
Título do Documento:	Prevenção de lesão por pressão	Emissão: 19/10/2016
		Revisão Nº: -

O TEP (Tromboembolismo Pulmonar) é a principal complicação grave em cirurgia. Não há nenhuma relação com a qualidade da equipe médica envolvida, sendo, inclusive, mais comum em especialidades como ortopedia e gineco-obstetrícia (a Trombose Venosa Profunda, TVP, está mais associada com cesariana do que com cirurgia plástica), por exemplo. Na verdade, a probabilidade de ocorrência de TVP está relacionada com a presença, no paciente, de fatores ou situações de risco. As principais são: obesidade, história prévia de trombose, varizes, tabagismo, idade superior a 40 anos, uso de hormônio, câncer, gestação e puerpério, doenças hematológicas, diabetes, traumatismos, anestesia geral e imobilizações por longos períodos (TVP..., 2016)

Para pacientes na posição sentada, utilizar um assento de redistribuição de pressão para os pacientes com mobilidade reduzida e que apresentam risco de desenvolvimento de LPP.

6. MEDIDAS PREVENTIVAS PARA ÚLCERA POR PRESSÃO

Os fatores de risco identificados na fase de avaliação fornecem informações para o desenvolvimento do plano de cuidados.

Recomendações conforme a classificação de risco:

- Sem risco (19 pontos ou mais na escala de Braden): Hidratação da pele e manejo da umidade, nutrição, fricção e cisalhamento.
- Risco baixo (15 a 18 pontos na escala de Braden): Mudança de decúbito, proteção com filme transparente das áreas com protuberância óssea, hidratação da pele e manejo da umidade, nutrição, fricção e cisalhamento, bem como uso de superfícies de redistribuição de pressão.
- Risco moderado (13 a 14 pontos na escala de Braden): Mudança de decúbito com posicionamento a 30°, proteção com filme transparente das áreas com protuberância óssea, hidratação da pele e manejo da umidade, nutrição, fricção e cisalhamento, bem como uso de superfícies de redistribuição de pressão.
- Risco alto (10 a 12 pontos na escala de Braden): Mudança de decúbito com posicionamento a 30°, proteção com filme transparente das áreas com protuberância óssea, hidratação da pele e manejo da umidade, nutrição, fricção e cisalhamento, bem como uso de superfícies de redistribuição de pressão, utilizar coxins de espuma para facilitar a lateralização a 30°.

Risco muito alto (09 ou menos pontos na escala de Braden): Mudança de decúbito com posicionamento a 30°, proteção com filme transparente das áreas com protuberância óssea, hidratação da pele e manejo da umidade, nutrição, fricção e cisalhamento, bem como uso de superfícies de redistribuição de pressão, utilizar coxins de espuma para facilitar a lateralização a 30° e manejo da dor (BRASIL, 2013).

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento:	PROTOCOLO	PRO.NUSEP.005 Página 16/20
Título do Documento:	Prevenção de lesão por pressão	Emissão: 19/10/2016
		Revisão Nº: -

7. ESTRATÉGIA DE MONITORAMENTO E INDICADORES

- Percentual de pacientes submetidos à avaliação de risco no momento da admissão.
- Percentual de pacientes que apresentam risco de desenvolvimento de LPP internados na unidade.
- Percentual de pacientes de risco recebendo cuidado apropriado.
- Percentual de pacientes recebendo avaliação diária.
- Incidência de lesão por pressão.

8. IMPACTO DA LESÃO POR PRESSÃO

O desenvolvimento de LPP tem implicações importantes para o paciente e o pessoal de enfermagem. As LPP estão associadas ao resultado negativo para os doentes em termos de dor, perda da função e da independência, aumento do risco de infecção grave, sepse e procedimentos cirúrgicos adicionais (DOMANSKY E BORGES, 2014).

A presença de LPP resultará em permanência prolongada no hospital, às vezes, até mesmo mortalidade. O desenvolvimento de LPP foi associado a um risco 4,5 vezes maior de morte. Esse dado foi confirmado para pacientes cirúrgicos em estudo prospectivo realizado por Clough (1994), que indicou mortalidade de 15% para 525 pacientes sem LPP, em comparação com 63% para os 113 pacientes com úlceras. Estima-se que, aproximadamente, 60 mil pacientes evoluam para óbito nos hospitais norte-americanos em decorrência de complicações associadas à LPP (DOMANSKY E BORGES, 2014).

O uso de coberturas é parte integrante da terapia tópica de feridas. Embora o processo de reparação tecidual seja sistêmico, as coberturas desempenham grande papel na promoção de um microambiente que dê apoio para o bom desempenho desse processo fisiológico natural. São eles: Hidrocolóides (carboximetilcelulose, pectina e gelatina), alginatos, hidrogel, poliuretano, espumas, película transparente, silicones, inibidores das metaloproteinases, colágeno, petrolato, biomembranas (látex, hemicelulose e colágeno e celulose), enzimas, colagenase, fibrinolisinase, helicina, estreptoquinase, papaína, bromelina, prata, iodo, cadexomer iodo e PHMB (BLANES E FERREIRA, 2014).

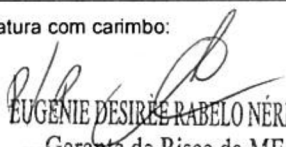
Pode-se concluir que as LPP representam um encargo financeiro muito significativo e que, se não houver concentração de esforços, esse custo tende a aumentar no futuro, uma vez que a população envelhece. À medida que as LPP são evitáveis, danos decorrentes de pressão podem ser indicativos de negligência clínica. Já há evidência de que em breve a presença desse tipo de agravo pode tornar-se uma ameaça significativa para fornecedores de assistência médica no Reino Unido, como já ocorre nos Estados Unidos, onde as agências não efetuam o pagamento quando as úlceras são consideradas evitáveis. Esse movimento de não pagamento iniciou-se nos Estados Unidos e tende a se propagar para diversos países, inclusive o Brasil (DOMANSKY E BORGES, 2014).

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento:	PROTOCOLO	PRO.NUSEP.005 Página 17/20
Título do Documento:	Prevenção de lesão por pressão	Emissão: 19/10/2016
		Revisão Nº: -

II. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. BLANES L, FERREIRA LM. **Prevenção e tratamento de úlcera por pressão**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2014.
2. BRASIL. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Anexo 02: Protocolo para prevenção de úlcera por pressão** [Internet]. 2013. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/ulcera-por-pressao>>. Acesso em: 01 set. 2016.
3. DOMANSKY RC, BORGES EL. **Manual para prevenções de lesão de pele**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2014.
4. INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. How-to-Guide: Prevent Pressure Ulcers. Cambridge, MA: **Institute for Healthcare Improvement**; 2011. Disponível em: www.ihc.org. Acessado em: 31 ago 2016.
5. **TVP – Trombose Venosa Profunda**. Disponível em: < <http://www.plasticadosonho.com.br/equipe-medica/cirurgioes/riscos-da-cirurgia-plastica/trombose-venosa-profunda>>. Acesso em: 06 set. 2016.
6. IBSP. **Muda terminologia para úlcera por pressão; confira**. Disponível em: <<http://segurancadopaciente.com.br/noticia/muda-terminologia-para-ulcera-por-pressao-confira/>>. Acesso em: 08 ago. 2016.
7. SOBEST. Classificação das Lesões por Pressão - **Consenso NPUAP 2016** - Adaptada Culturalmente para o Brasil. Disponível em: <http://www.sobest.org.br/textod/35>. Acesso em 08 ago. 2016.

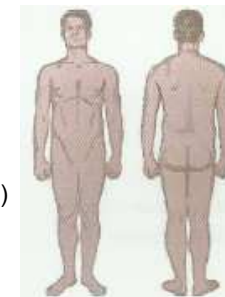
APROVAÇÃO		
Assinatura com carimbo:  EUGENIE DESIRÉE RABELO NÉRI VIANA Gerente de Risco da MEAC Eugenie Desirée Rabelo Néri Viana Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente	Assinatura com carimbo:  Carlos Augusto Alencar Júnior Gerência de Atenção à Saúde	Assinatura com carimbo:  Carlos Augusto Alencar Júnior Gerência de Atenção à Saúde
Data: <u>19/10/2016</u>	Data: <u>19/10/2016</u>	Data: <u>19/10/2016</u>

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento:	PROTOCOLO	PRO.NUSEP.005 Página 18/20
Título do Documento:	Prevenção de lesão por pressão	Emissão: 19/10/2016
		Revisão Nº: -

ANEXO A:

ESCALA DE BRADEN/AVALIAÇÃO DA PELE



PACIENTE: _____ LEITO: _____ DATA DE INTERNAÇÃO: ____/____/____.

ORIGEM: _____ ÚLCERA NA ADMISSÃO: SIM() NÃO() ÚLCERA NA INTERNAÇÃO: SIM() NÃO()

CATEGORIA(S): I () II () III () IV () INDETERMINADA () SUSPEITA DE LESÃO TISSULAR PROFUNDA () LOCAL: _____

DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____ MÊS: ____/____/____. Marcar local com X:

DATA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
A – P. SENSORIAL																															
B - UMIDADE																															
C - ATIVIDADE																															
D - MOBILIDADE																															
E - NUTRIÇÃO																															
F –FRICÇÃO/CISAL																															
TOTAL																															
ASS.																															

Atribuir pontuação na tabela acima

A – PERCEPÇÃO SENSORIAL	B - UMIDADE	C - ATIVIDADE	D - MOBILIDADE	E - NUTRIÇÃO	F – FRICÇÃO/CISALHAMENTO
1. Totalmente limitado 2. Muito limitado 3. Levemente limitado 4. Nenhuma limitação	1. Completamente molhada 2. Muito molhada 3. Ocasionalmente molhada 4. Raramente molhada	1. Acamada 2. Confinada à cadeira 3. Anda ocasionalmente 4. Anda frequentemente	1. Totalmente imóvel 2. Bastante limitada 3. Levemente limitada 4. Sem limitações	1. Muito pobre 2. Provavelmente inadequada 3. Adequada 4. Excelente	1. Problema 2. Problema em potencial 3. Nenhum problema

ESCORES: SEM RISCO: >= 19 ; RISCO LEVE: 15 A 18 ; RISCO MODERADO : 13 A 14 ; RISCO ELEVADO: 10 A 12 ; RISCO MUITO ELEVADO: < = 09

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento:	PROTOCOLO	PRO.NUSEP.005 Página 19/20
Título do Documento:	Prevenção de lesão por pressão	Emissão: 19/10/2016
		Revisão Nº: -

	1 ponto	2 pontos	3 pontos	4 pontos
PERCEPÇÃO SENSORIAL Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto.	Totalmente limitado Não reage a estímulo doloroso.	Muito limitado Somente reage a estímulos dolorosos.	Levemente limitado Responde a comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto.	Nenhuma limitação Responde a comandos verbais. Não tem déficit sensorial.
UMIDADE Nível ao qual a pele é exposta a umidade.	Completamente molhada A pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, anasarca, etc. Umidade é detectada às movimentações do paciente.	Muito molhada A pele está frequentemente, mas nem sempre, molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos a cada 8 horas.	Ocasionalmente molhada A pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca de cama a cada 12 horas.	Raramente molhada A pele geralmente está seca, a troca de cama é necessária somente nos intervalos de rotina (24 horas).
ATIVIDADE Grau de atividade física.	Acamado Confinado à cama.	Confinado à cadeira Capacidade de andar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar os próprios pés e/ou precisa ser ajudado a se sentar.	Anda ocasionalmente Anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou na cadeira.	Anda frequentemente Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada 2 horas.
MOBILIDADE Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo.	Totalmente imóvel Não faz nenhuma mudança na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.	Bastante limitado Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças sozinho.	Levemente limitado Faz frequente, embora pequenas, mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.	Não apresenta limitações Faz frequentes mudanças sem auxílio.
NUTRIÇÃO Padrão usual de consumo alimentar.	Muito pobre Nunca come uma refeição completa. Ingere pouco líquido ou é mantido em jejum e/ou mantido com dieta líquida ou hidratação EV por mais de cinco dias.	Provavelmente inadequado Raramente come uma refeição completa. Recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda. Apresenta vômitos ou resíduo gástrico durante as dietas.	Adequado Ocasionalmente recusará uma refeição ou é alimentado por sonda ou regime de nutrição parenteral total, o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais.	Excelente Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Não requer suplemento alimentar.
FRICÇÃO E CISALHAMENTO Durante o movimento pode ocorrer atrito da pele no lençol e/ou escorrega na cama ou cadeira não mantendo a posição adequada.	Problema Requer assistência máxima para se mover. É impossível erguê-lo completamente sem que haja atrito de pele com lençol. Frequentemente escorrega. Espasticidade, contratura ou agitação leva a quase constante fricção.	Problema em potencial Move-se, mas, sem vigor ou requer mínima assistência. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou cadeira, mas ocasionalmente escorrega.	Nenhum problema Move-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-se.	ESCORES SEM RISCO: > =19 RISCO LEVE: 15 a 18 RISCO MODERADO: 13 a 14 RISCO ELEVADO: 10a 12 RISCO MUITO ELEVADO <= 9

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento:	PROTOCOLO	PRO.NUSEP.005 Página 20/20
Título do Documento:	Prevenção de lesão por pressão	Emissão: 19/10/2016
		Revisão Nº: -

ANEXO B:

Quadro 1 - Escala de Braden Q para avaliação do risco de úlcera por pressão em crianças

Mobilidade Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo.	1. Completamente Imóvel: Não faz mudanças, nem mesmo pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.	2. Muito limitado: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças completamente sozinho.	3. Levemente limitado: Faz mudanças frequentes, embora pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz mudanças importantes e frequentes na posição do corpo, sem ajuda.
ATIVIDADE Grau de atividade física.	1. Acamado: Permanece no leito o tempo todo.	2. Restrito à cadeira: A capacidade de deambular está gravemente limitada ou inexistente. Não consegue sustentar o próprio peso e/ou precisa de ajuda para sentar-se em uma cadeira ou cadeira de rodas.	3. Deambulação ocasional: Deambula ocasionalmente durante o dia, porém por distâncias bem curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte do turno no leito ou na cadeira.	4. Crianças jovens demais para deambular ou deambulam frequentemente: Deambula fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada duas horas durante as horas está acordado.
PERCEPÇÃO SENSORIAL Capacidade de responder de maneira apropriada ao desconforto relacionado à pressão	1. Completamente limitada: Não responde ao estímulo doloroso (não geme, não se encolhe ou se agarra), devido à diminuição do nível de consciência, ou sedação ou limitação da capacidade de sentir dor na maior parte da superfície corporal.	2. Muito limitada: Responde apenas ao estímulo doloroso. Não consegue comunicar desconforto, exceto por gemido ou inquietação; ou apresenta alguma disfunção sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.	3. Levemente limitada: Responde aos comandos verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, ou apresenta alguma disfunção sensorial em uma ou duas extremidades que limita a capacidade de sentir dor	4. Nenhuma alteração: Responde aos comandos verbais. Não apresenta déficit sensorial que limite a capacidade de sentir ou comunicar dor ou desconforto.
UMIDADE Grau de exposição da pele à umidade.	1. Constantemente úmida: A pele fica constantemente úmida por suor, urina, etc. A umidade é percebida cada vez que o paciente é movimentado ou mudado de posição.	2. Frequentemente úmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, úmida. A roupa de cama precisa ser trocada pelo menos a cada oito horas.	3. Ocasionalmente úmida: A pele está ocasionalmente úmida, necessitando de troca de roupa de cama a cada 12 horas.	4. Raramente úmida: A pele geralmente está seca, as trocas de fraldas são feitas de rotina e as roupas de cama necessitam ser trocadas apenas a cada 24h

Quadro 1 - Continuação

FRICÇÃO E CISCALHAMENTO Fricção: a pele se move contra as estruturas de suporte. Cisalhamento: a pele e a superfície óssea adjacente deslizam uma sobre a outra.	1. Problema importante: A espasticidade, a contratura, o prurido ou a agitação levam a criança debater-se no leito e há fricção quase constante.	2. Problema: Necessita de ajuda moderada a máxima para se mover. É impossível se levantar completamente sem deslizar sobre os lençóis do leito ou cadeira, necessitando de reposicionamento frequente com o máximo de assistência.	3. Problema Potencial: Movimenta-se com dificuldade ou necessita de mínima assistência. Durante o movimento, provavelmente ocorre atrito entre a pele e os lençóis, cadeira, coxins ou outros dispositivos. A maior parte do tempo mantém uma posição relativamente boa na cadeira e no leito, mas ocasionalmente escorrega.	4. Nenhum problema aparente: Capaz de levantar-se completamente durante uma mudança de posição. Movimenta-se sozinho na cadeira e no leito, e tem força muscular suficiente para levantar-se completamente durante o movimento. Mantém uma posição adequada no leito e na cadeira o tempo todo.
NUTRIÇÃO Padrão habitual de consumo alimentar.	1. Muito pobre: Em jejum e/ou mantido com ingestão hídrica ou hidratação IV por mais de 5 dias ou albumina < 2,5 mg/dl ou nunca come uma refeição completa. Raramente come mais da metade de algum alimento oferecido. O consumo de proteínas inclui apenas duas porções de carne ou derivados de leite por dia. Ingerir pouco líquido. Não ingere suplemento dietético líquido.	2. Inadequada: Dieta líquida por sonda ou NPP que fornece calorias e minerais insuficientes para a idade ou albumina < 3 mg/dl ou raramente come uma refeição completa. Geralmente come apenas a metade de algum alimento oferecido. O consumo de proteínas inclui apenas três porções de carne ou derivados de leite por dia. Ocasionalmente ingere suplemento dietético.	3. Adequada: Dieta por sonda ou NPP que fornece calorias e minerais suficientes para a idade ou come mais da metade da maioria das refeições. Consome um total de quatro porções de proteínas (carne, derivados de leite) por dia. Ocasionalmente recusa uma refeição, mas geralmente toma suplemento dietético, se oferecido.	4. Excelente: Dieta geral que fornece calorias suficientes para a idade. Por exemplo, come/bebe a maior parte de cada refeição/alimentação. Nunca recusa uma refeição. Geralmente come um total de quatro ou mais porções de carne e derivados de leite. Ocasionalmente, come entre as refeições. Não necessita de suplementação.
PERFUSÃO TECIDUAL E OXIGENAÇÃO	1. Extremamente comprometida: Hipotensão (PAM <50 mmHg; <40 mmHg em recém-nascido) ou o paciente não tolera as mudanças de posição.	2. Comprometida: Normotensão. Apresenta saturação de oxigênio <95% ou a hemoglobina <10 mg/dl ou o tempo de enchimento capilar >2 segundos. O pH sérico <7,40.	3. Adequada: Normotensão. Apresenta saturação de oxigênio <95% ou a hemoglobina <10 mg/dl ou o tempo de enchimento capilar >2 segundos. O pH sérico é normal.	4. Excelente: Normotensão. Apresenta saturação de oxigênio >95%, a hemoglobina normal e o tempo de enchimento capilar <2 segundos.

Varição - 7-28 pontos. Escore 28: sem risco de úlcera de pressão; Escore 7: risco máximo.