



APLICAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN Q EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

APPLICATION OF THE BRADEN Q SCALE AT A PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT

APLICACIÓN DE LA ESCALA DE BRADEN Q EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Marcelli Cristine Vocci¹, Lis Amanda Ramos Toso², Cassiana Mendes Bertonecello Fontes³

RESUMO

Objetivos: aplicar a Escala de Braden Q para verificar o risco de o paciente pediátrico desenvolver úlcera por pressão (UPP), correlacionar importantes variáveis para seu desenvolvimento e estimar a incidência. **Método:** estudo de coorte, com 21 pacientes internados na UTI pediátrica de um hospital público de ensino. A coleta de dados foi feita pela pesquisadora a partir da ficha clínica do paciente e da aplicação da Escala de Braden Q diariamente. **Resultados:** obteve-se que 76,7% possuíam escore de alto risco (<22), 23,3% baixo risco (≥22) para desenvolvimento de UPP e incidência de 28,5%. **Conclusão:** o alto risco de desenvolvimento de UPP constatado sugere a necessidade de estabelecer protocolos voltados para avaliação de risco e prevenção de agravos. Almeja-se que estudos como este que mostram a aplicabilidade e relevância de instrumentos preventivos conscientizem instituições da importância de sua implementação. **Descritores:** Unidades de Terapia Intensiva; Enfermagem; Úlcera por Pressão; Cuidados Críticos; Pediatria.

ABSTRACT

Objectives: to apply the Braden Q Scale to verify the risk for the pediatric patient to develop pressure ulcer (PU), correlate important variables for its development and estimate its incidence. **Method:** cohort study, with 21 patients hospitalized at the pediatric ICU of a public teaching hospital. The researcher collected the data based on the clinical record of the patient and on the daily application of the Braden Q Scale. **Results:** 76.7% had a high-risk score (<22), 23.3%, low risk (≥22) for PU and an incidence of 28.5%. **Conclusion:** the high risk of developing PU confirmed the need to establish protocols for risk assessment and prevention of diseases. One expects that studies like this, which show the applicability and relevance of preventive instruments, make institutions aware of the importance of its implementation. **Descriptors:** Intensive Care Units; Nursing; Pressure Ulcer; Critical Care; Pediatrics.

RESUMEN

Objetivos: aplicar la escala de Braden Q para comprobar el riesgo de los pacientes pediátricos desarrollaren úlceras por presión (UPP), correlacionar las variables importantes para su desarrollo y para estimar su incidencia. **Método:** estudio de cohorte con 21 pacientes ingresados en la UCI pediátrica de un hospital público de enseñanza. El investigador recogió los datos a través de los archivos de los pacientes y de la aplicación diaria de la escala de Braden Q. **Resultados:** 76,7% tenían puntuaciones de alto riesgo (<22), 23,3%, de bajo riesgo (≥22) para el desarrollo de UPP y incidencia de 28,5%. **Conclusión:** el alto riesgo de desarrollar UPP confirmó la necesidad de protocolos específicos para la evaluación de riesgos y la prevención de enfermedades. Se espera que estudios como este, que demuestran la aplicabilidad y la pertinencia de instrumentos preventivos, tornen las instituciones conscientes de la importancia de su aplicación. **Descritores:** Unidades de Cuidados Intensivos; Enfermería; Úlcera por Presión; Cuidados Críticos; Pediatría.

¹Enfermeira, Aluna regular no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP. Botucatu (SP), Brasil. E-mail: marcellivocci@hotmail.com; ²Enfermeira, Coordenadora da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP. Botucatu (SP), Brasil. E-mail: lis@fmb.unesp.br; ³Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP. Botucatu (SP), Brasil. E-mail: cmbf@fmb.unesp.br

INTRODUÇÃO

De forma geral, a institucionalização é vista como uma situação incômoda, tendo contornos peculiares quando se trata de um acontecimento na infância, fase fundamental para que se estabeleçam as bases do desenvolvimento da criança, além de afetar a vida familiar acarretando rupturas no cotidiano de toda a família.^{1,2}

A úlcera por pressão (UPP) tem por definição “ser uma lesão localizada na pele e/ou no tecido ou estrutura subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante de pressão isolada ou de pressão combinada com fricção e/ou cisalhamento”.³ As taxas de incidência de UPP descritas internacionalmente para essas populações, variam entre 0,29% e 27%.⁴⁻⁸ Não foram localizados estudos brasileiros sobre a prevalência de UPP na população pediátrica na busca aos bancos de dados.

Em 1989 a “National Pressure Ulcer Advisory Panel” (NPUAP) baseou-se na classificação inicial de Shea e da “International Association of Enterostomal Therapy” (IAET) e incorporou-a nas Diretrizes ou Recomendações da “The Agency for Health Care Policy and Research” (AHCPR), para prevenção e tratamento da UPP. A classificação de UPP da NPUAP estabelece quatro estágios - I, II, III e IV: o I caracterizado por pele intacta, com hiperemia de uma área localizada, que não embranquece, geralmente sobre proeminência óssea; o II, como perda parcial da espessura dérmica e apresenta-se como úlcera superficial com o leito de coloração vermelho pálido ou com bolha intacta ou aberta/rompida; o III, com perda de tecido em sua espessura total e a gordura subcutânea pode estar visível, sem exposição de osso, tendão ou músculo e o IV caracteriza-se por perda total de tecido com exposição óssea, de músculo ou tendão, com presença de esfacelo em algumas partes do leito da ferida.^{3,9-10}

Em pacientes pediátricos, a UPP se constitui como evento adverso provocado pelas condições anatomofisiopatológicas do desenvolvimento infantil, tempo de internação prolongado, déficit de mobilidade física, além de novas tecnologias adaptadas ao contexto da pediatria intensiva.^{6,11} Em UTIP existem fatores agravantes para o desenvolvimento de UPP como a ventilação assistida, drogas vasoativas, perda de peso, pouca mudança de decúbito, déficits nutricionais e edema.¹²

As regiões anatômicas que possuem maior ponto de pressão e que predispõem ao desenvolvimento de UPP são região occipital,

nariz, orelhas, cóccix, sacro, joelhos e calcâneos.¹³ Quando há destruição do tecido e necrose, as crianças sentem dor relacionada à lesão, apresentam alopecia na região afetada e expõem-se ao risco de desenvolver profunda infecção sistêmica, assim como podem ter sua imagem corporal alterada devido à cicatriz e deformidades.¹⁴⁻⁶

Os protocolos de tratamento para UPP, em UTIP, devem estar voltados também ao cuidado com o sofrimento físico, psicológico e emocional do paciente, pois a UPP prolonga a permanência hospitalar, a taxa de morbimortalidade e os custos hospitalares.¹⁷⁻⁸

A prevenção da UPP é baseada na diminuição ou eliminação de riscos passíveis de intervenções.¹⁹ Um dos instrumentos mais utilizados para auxiliar na identificação do risco e prevenção do desenvolvimento dessas lesões, é a Escala de Braden Q, que a partir da escala adulto (Escala de Braden), em 2004 foi adaptada para versão pediátrica por *Curley e Quigley* na língua inglesa, e validada e adaptada no Brasil por *Maia*, em 2007.²⁰⁻¹

Assim, com a aplicação da Escala de Braden Q será possível identificar os riscos de surgimento de UP na população pediátrica, e com isto, direcionar e otimizar recursos humanos e materiais para prevenção dessas úlceras, além de reduzir a carga de trabalho dos profissionais e o custo no tratamento, justificando assim, a realização desse estudo que tem como objetivo:

- Aplicar a Escala de Braden Q para verificar o risco de o paciente pediátrico desenvolver úlcera por pressão (UPP).
- Correlacionar importantes variáveis para seu desenvolvimento e estimar a incidência.

MÉTODO

Estudo de coorte, realizado na UTIP de um hospital público de ensino no interior paulista, com sete leitos e que admite crianças na faixa etária de 30 dias a 15 anos incompletos. A coleta de dados ocorreu no período de julho a setembro de 2014.

A amostra constituiu-se de 21 pacientes internados na UTIP. Os critérios de inclusão foram: paciente ter idade compreendida entre os 30 dias de vida até 15 anos incompletos e permanecer internado na UTIP no mínimo 24 horas. Os critérios de exclusão foram: internação inferior a 24 horas; pacientes portadores de doença mental e de patologias em que esteja implícito o risco de automutilação; pacientes admitidos na UTIP, já portadores de UPP. Os dados foram coletados em uma ficha contendo: idade, sexo, diagnóstico médico atual, tempo de internação na UTIP; e a EB-Q. A EB-Q possui

sete subescalas: mobilidade, grau de atividade física, percepção sensorial, umidade, fricção e cisalhamento, nutrição e perfusão tecidual e oxigenação, que são pontuadas de um (menos favorável) a quatro (mais favorável). A somatória total indicará os valores entre sete a 28 pontos. Ao final da avaliação o risco é interpretado da seguinte forma: <22 significa alto risco, e \geq a 22 baixo risco. Pode-se dizer que quanto menor a pontuação maior o risco para o desenvolvimento da UPP.

A partir da primeira coleta, as reavaliações foram feitas a cada 24 horas, no mínimo, enquanto o paciente estivesse internado na UTIP, por meio de exame físico de enfermagem. Os dados foram inseridos em planilha eletrônica no programa *Microsoft Excel®* e analisados pelo programa *SAS for Windows*, versão 9.2. Uma estatística descritiva foi realizada para as variáveis qualitativas; e médias, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo para as variáveis quantitativas; utilizou-se a Correlação de Pearson para verificar a correlação entre os Escores de Braden Q e tempo de internação, Escores de Braden Q e idade dos pacientes, e o tempo de internação e a idade dos pacientes.

O estudo foi aprovado na Plataforma Brasil sob parecer nº 625.794 (CAAE 28423214.7.0000.5411). Os Termos de Consentimento/Assentimento Livre e

Tabela 1. Risco de desenvolver UPP de acordo com a Escala de Braden Q. Botucatu (SP), Brasil, 2014.

Escore Escala de Braden Q	Total de pacientes	Média de avaliação /paciente	Total de observações (N=21)	Média dos escores	Baixo risco n(%)	Alto risco n(%)	Incidência de UPP n(%)
7 a 28	21	4	86	18,7	5(23,3)	16(76,7)	6(28,5)

◆ Correlação entre as variáveis

A correlação entre as variáveis foi verificada pela Correlação de Pearson. As variáveis, Escore da EB-Q e o tempo de internação, estão indicadas na Figura 1,

Esclarecido foram compreendidos e assinados pelos pais ou responsáveis legais dos pacientes internados, e pelos pacientes, na idade entre 12 e 18 anos, após concordarem em participar dos estudos. Essa pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos.

RESULTADOS

◆ Características sociodemográficas e perfil clínico da amostra do estudo-

Houve prevalência do sexo masculino 52,38%, idade média de 4,47 anos e média de tempo de internação 11,9 dias. As morbidades apresentaram-se: doenças do aparelho respiratório (23,80%), do sistema nervoso, neoplasias e doenças renais (14,30%) cada área, e outras patologias (33,3%).

◆ Variáveis da EB-Q

Entre as 21 crianças avaliadas em média quatro vezes, no intervalo mínimo de 24 horas, 76,7% obtiveram escore de alto risco (<22) e 23,3% foram avaliadas como baixo risco (\geq 22). Ao final da coleta dos dados observou-se a incidência de 28,5% de UPP (6), sendo que dois pacientes desenvolveram duas lesões. Em um total de 86 observações realizadas pela pesquisadora, a média dos escores totais, foi de 18,7, o que demonstra alto risco de desenvolvimento de UPP, em relação ao escore atribuído pela EB-Q (Tabela 1).

obteve-se $P = -0,49766$, correlação negativa perfeita. Quanto maior o tempo de internação, menor é o escore da EB-Q e maior o risco de desenvolvimento de UPP.

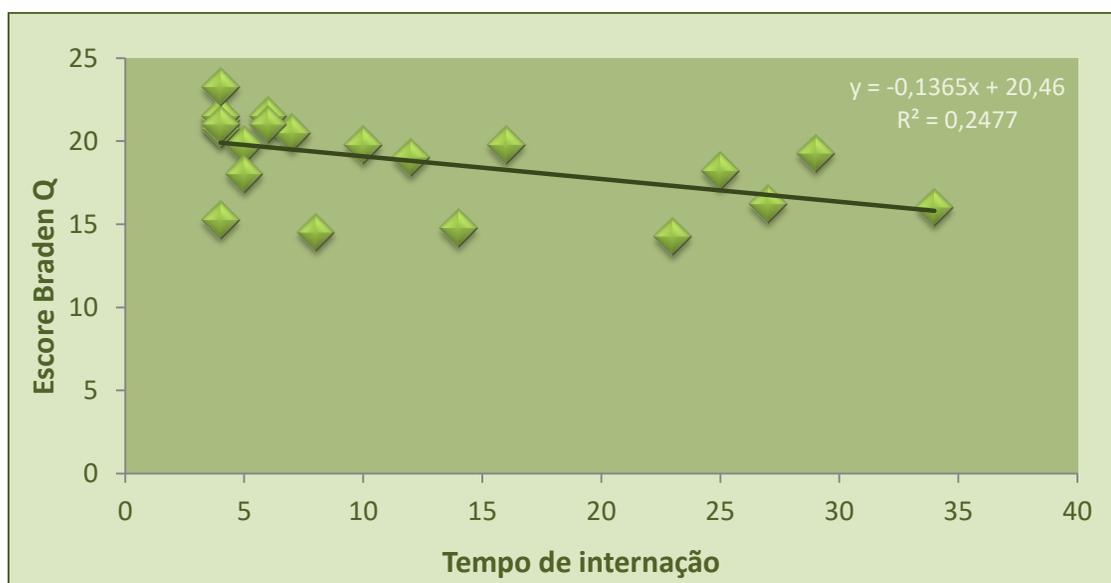


Figura 1. Correlação entre Escore de Braden Q e tempo de internação. Botucatu (SP), Brasil, 2014.

A Figura 2 mostra a correlação entre o Escore da EB-Q e a idade do paciente internado, obtendo-se $P=0.40187$,

uma correlação perfeita positiva, quanto maior a idade, maior é o escore e menor o risco de desenvolver UPP.

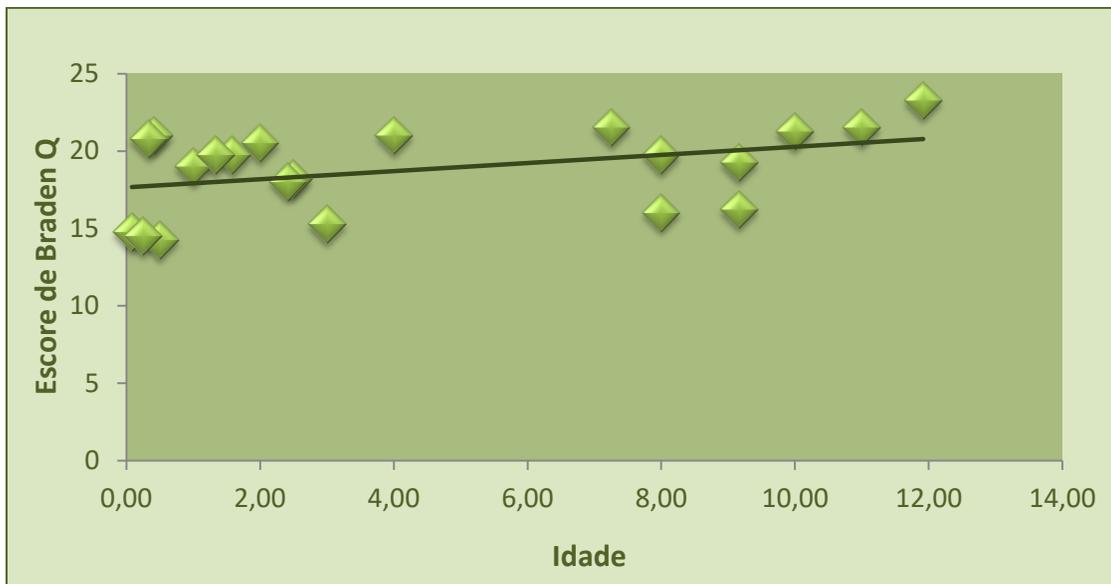


Figura 2. Correlação entre Escore de Braden Q e a idade dos pacientes. Botucatu (SP), Brasil, 2014.

A correlação entre o tempo de internação e a idade do paciente pediátrico não mostrou correlação significativa, $P=0.17803$ (Figura 3).

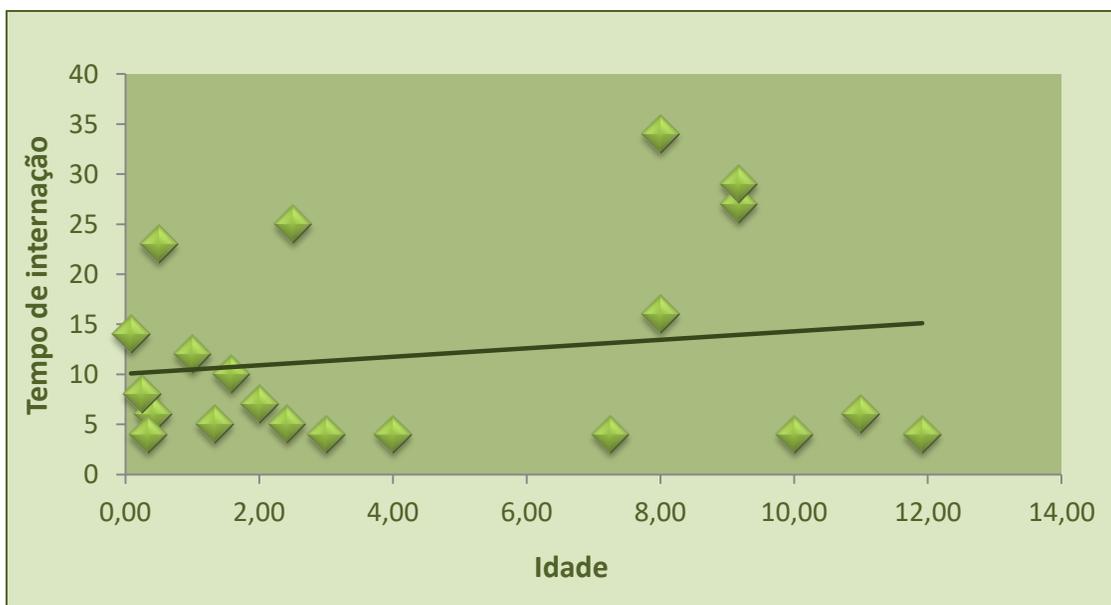


Figura 3. Correlação entre tempo de internação e a idade dos pacientes. Botucatu (SP), Brasil, 2014.

DISCUSSÃO

Neste estudo a frequência de internação para o sexo masculino foi semelhante ao identificado em quatro instituições hospitalares pediátricas da Suíça¹⁸. As variáveis de média de idade e tempo de internação mostraram-se menores em relação àquelas obtidas em um estudo¹⁰ em UTIP de um hospital pediátrico, nos EUA. Em relação às principais morbidades caracterizando a amostra, a frequência maior foi para as doenças do sistema respiratório, sendo similar ao encontrado pelo estudo²², realizado em UTIP de um hospital universitário no Rio Grande do Sul.

Com a aplicação da EB-Q foi possível identificar o alto risco (76,7%) dos pacientes

pediátricos desenvolverem UPP, sendo que dos 21 avaliados, 19% apresentaram lesões. Em estudo²³ retrospectivo realizado ao longo de 12 meses em uma UTIP no noroeste da Inglaterra, com 891 crianças, 13 (1,5%) desenvolveram UPP.

Evidenciaram-se associações entre as variáveis tempo de internação e Escore de Braden Q, pois quanto maior o tempo de internação, menor é o escore da EB-Q e maior o risco de desenvolvimento de UPP. Esse resultado é semelhante ao estudo¹⁶ realizado com crianças internadas em nove UTIP de hospitais norte americanos, e que os pacientes com maior risco de desenvolver UPP, eram aqueles que estavam quatro dias ou mais sob cuidados intensivos.

Houve correlação perfeita positiva entre as variáveis Escore de Braden-Q e idade do paciente, evidenciando que quanto maior a idade, maior é o escore e menor o risco de desenvolver UPP. Esse achado é diferente ao encontrado em estudo²⁴, que avaliou 204 crianças internadas em 13 hospitais na Suíça, e identificou que as crianças mais velhas (>12) tinham maior risco e também desenvolveram mais UPP, devido ao posicionamento ineficaz e mobilidade reduzida.

Considera-se que ao se utilizar um instrumento de medida, como a EB-Q, para identificar o risco de desenvolvimento de UPP em crianças, o enfermeiro contribui para a construção, o fortalecimento do conhecimento e do processo de cuidar baseado em evidências científicas.

CONCLUSÃO

Com a aplicação da EB-Q em UTIP, verificou-se que o risco de desenvolvimento de UPP é maior para aqueles que apresentam menores escores da escala e maior tempo de internação.

Frente aos altos índices de risco de desenvolvimento de UPP em crianças, evidencia-se a necessidade de estabelecer protocolos de prevenção, incluindo a avaliação de risco para que intervenções específicas sejam incorporadas no planejamento de enfermagem dos pacientes com maiores riscos, otimizando recursos humanos e materiais. O uso da EB-Q pode não contribuir para a diminuição da incidência da UPP, porém focaliza, no processo de cuidar, a necessidade da avaliação da pele de pacientes criticamente enfermos.

REFERÊNCIAS

1. Quirino DD, Collet N, Neves AFG. Hospitalização infantil: concepções da enfermagem acerca da mãe acompanhante. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2010 [cited 2016 July 12];31(2):300-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n2/14.pdf>
2. Fontes CMB, Sá FM, Mondini CCSD, Moraes MCAF. O brinquedo terapêutico e o preparo da criança para cirurgia de correção de fissura labiopalatina. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2013 [cited 2016 Jul 12];7(7):4681-8. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4559>
3. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: clinical practice guideline [Internet]. Osborne Park: Cambridge Media; 2014 [cited 2016 Apr 24]. Available from:

<http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2014/08/Updated-10-16-14-Quick-Reference-Guide-DIGITAL-NPUAP-EPUAP-PPPIA-16Oct2014.pdf>

4. Zollo MB, Gostisha ML, Berens RJ, Schmidt JE, Weigle CG. Altered skin integrity in children admitted to a pediatric intensive care unit. J Nurs Care Qual [Internet]. 1996 [cited 2016 Feb 9];11(2):62-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8987319>
5. Baldwin KM. Incidence and prevalence of pressure ulcers in children. Adv Skin Wound Care [Internet]. 2002 [cited 2016 Feb 9];15(3):121-4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12055445>
6. Kottner J, Wilborn D, Dassen T. Frequency of pressure ulcers in the pediatric population: a literature review and new empirical data. Int J Nurs Stud [Internet]. 2010 [cited 2016 Feb 9];47(10):1330-40. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20673895>
7. Chiari P, Poli M, Magli C, Bascelli E, Rocchi R, Bolognini S, et al. Multicentre, prospective cohort study, to validate the Italian version of the Braden Q scale for the risk of the pressure sores in newborns and up to 8 years old children. Assist Inferm Ric [Internet]. 2012 [cited 2016 May 5];31(2):83-90. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22825296>
8. García-Molina P, Balaguer-López E, Torra I Bou JE, Alvarez-Ordiales A, Quesada-Ramos C, Verdú-Soriano J. A prospective, longitudinal study to assess use of continuous and reactive low-pressure mattresses to reduce PU incidence in a UTIP. Ostomy Wound Manage [Internet]. 2012 [cited 2016 May 5];58(7):32-9. Available from: http://www.macmedhealthcare.com/assets/documents/OWM_July2012_Molina.pdf
9. Ministério da Saúde (BR). Anvisa, Fiocruz. Protocolo para prevenção de úlcera por pressão [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2016 May 5]. Available from: http://www.hospitalsantalucinda.com.br/downloads/prot_prevencao_ulcera_por_pressao.pdf
10. Visscher M, King A, Nie AM, Schaffer P, Taylor T, Pruitt D, et al. A quality-improvement collaborative project to reduce pressure ulcers in PICUs. Pediatrics [Internet]. 2013 [cited 2016 May 5];131(6):1950-60. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4535052/>

11. Garcia-Molina P, Balaguer-López E. Special therapeutic surfaces for handling pressure in pediatrics (I). Characteristics and competency. *Rev Enferm* [Internet]. 2009 [cited 2016 May 5];32(2):17-24. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19354149>
12. Kuo CY, Wootten CT, Tylor DA, Werkhaven JA, Huffman KF, Goudy SL. Prevention of pressure ulcers after pediatric tracheotomy using a Mepilex Ag dressing. *Laryngoscope* [Internet]. 2013 [cited 2016 Jul 10];123(12):3201-5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23897691>
13. Fujii K, Sugama J, Okuwa M, Sanada H, Mizokami Y. Incidence and risk factors of pressure ulcers in seven neonatal intensive care units in Japan: a multisite prospective cohort study. *Int Wound J* [Internet]. 2010 [cited 2016 July 10];7(5):323-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20840181>
14. Drake J, Redfern WS, Sherburne E, Nugent ML, Simpson P. Pediatric skin care: what do nurses really know?. *J Spec Pediatr Nurs* [Internet]. 2012 [cited 2016 Mar 2];17(4):329-38. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23009045>
15. Schindler CA, Mikhailov TA, Cashin SE, Malin S, Christensen M, Winters JM. Under pressure: preventing pressure ulcers in critically ill infants. *J Pediatr Spec Nurs* [Internet]. 2013 [cited 2016 Jan 12];18(4):329-41. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24094128>
16. Schindler CA, Mikhailov TA, Kuhn EM, Christopher J, Conway P, Ridling D, et al. Protecting fragile skin: nursing interventions to decrease development of pressure ulcers in pediatric intensive care. *Am J Crit Care* [Internet]. 2011 [cited 2016 Jul 10];20(1):26-34. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21196569>
17. Santos CT, Oliveira MC, Pereira AGS, Suzuki LM, Lucena AF. Indicador de qualidade assistencial úlcera por pressão: análise de prontuário e de notificação de incidente. *Rev Gaucha Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2016 Mar 8];34(1):111-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n1/14.pdf>
18. Schlüer AB, Cignacco E, Müller M. The prevalence of pressure ulcers in four pediatric institutions. *J Clin Nurs* [Internet]. 2009 [cited 2016 Nov 12];18(23):3244-52. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19930084>
19. Scott M, Pasek TA, Lancas A, Duke A, Vetterly C. Skin care oktoberfest: a creative approach to pressure ulcer prevention education in a pediatric intensive care unit. *Crit Care Nurse* [Internet]. 2011 [cited 2016 Mar 8];31:74-6. Available from: <http://ccn.aacnjournals.org/content/31/5/74.full>
20. Noonan C, Quigley S, Curley MAQ. Using the Braden Q Scale to predict pressure ulcer risk in pediatric patients. *J Pediatr Nurs* [Internet]. 2011 [cited 2016 Mar 8];26:566-75. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22055377>
21. Maia ACAR, Pellegrino DMS, Blanes L, Dini GM, Ferreira LM. Tradução para a língua portuguesa e validação da escala de Braden Q para avaliar o risco de úlcera por pressão em crianças. *Rev Paul Pediatr* [Internet]. 2011 [cited 2016 Mar 8];29(3):405-14. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v29n3/a16v29n3.pdf>
22. Einloft PR, Garcia PC, Piva JP, Bruno F, Kipper DJ, Fiori RM. Perfil epidemiológico de dezesseis anos de uma unidade de terapia intensiva pediátrica. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2002 [cited 2016 Mar 8];36(6):728-33. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n6/13528.pdf>
23. Tume LN, Siner S, Scott E, Lane S. The prognostic ability of early Braden Q Scores in critically ill children. *Nurs Crit Care* [Internet]. 2014 [cited 2016 Ago 12];19(2):98-103. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24529107>
24. Schlüer AB, Schols JM, Halfens RJ. Risk and associated factors of pressure ulcers in hospitalized children over 1 year of age. *J Spec Pediatr Nurs* [Internet]. 2014 [cited 2016 July 10];19(1):80-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24393229>

Submissão: 05/07/2016

Aceito: 08/12/2016

Publicado: 01/01/2017

Correspondência

Marcelli Cristine Vocci

Faculdade de Medicina de Botucatu/FMB

Universidade Estadual Paulista Júlio de

Mesquita Filho/UNESP

Av. Camilo Mazoni 1064

Bairro Jardim Paraíso

CEP: 18610-285 – Botucatu (SP), Brasil

Escala de Braden Q

MOBILIDADE	1. Completamente Imóvel:	2. Muito limitado:	3. Levemente limitado:	4. Nenhuma limitação:
Capacidade de Mudar e controlar a posição do corpo.	Não faz mudanças, nem mesmo pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.	Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças completamente sozinho.	Faz mudanças frequentes, embora pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.	Faz mudanças importantes e frequentes na posição do corpo, sem ajuda.
ATIVIDADE	1. Acamado:	2. Restrito à cadeira:	3. Deambulação ocasional:	4. Crianças jovens demais para deambular ou deambulam frequentemente:
Grau de atividade física.	Permanece no leito o tempo todo.	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.	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.	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	1. Completamente limitada:	2. Muito limitada:	3. Levemente limitada:	4. Nenhuma alteração:
Capacidade de responder de maneira apropriada ao desconforto relacionado à pressão	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.	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.	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.	Responde aos comandos verbais. Não apresenta déficit sensorial que limite a capacidade de sentir ou comunicar dor ou desconforto.
UMIDADE	1. Constantemente úmida:	2. Frequentemente úmida:	3. Ocasionalmente úmida:	4. Raramente úmida:
Grau de exposição da pele à umidade.	A pele fica constantemente úmida por suor, urina, etc. A umidade é percebida cada vez que o paciente é movimentado ou mudado de posição.	A pele está frequentemente, mas nem sempre, úmida. A roupa de cama precisa ser trocada pelo menos a cada oito horas.	A pele está ocasionalmente úmida, necessitando de troca de roupa de cama a cada 12 horas.	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.
FRICÇÃO E CISALHAMENTO	1. Problema importante:	2. Problema:	3. Problema Potencial:	4. Nenhum problema aparente:
Fricção: a pele se move contra as estruturas de suporte. Cisalhamento: a pele e a superfície óssea adjacente deslizam uma sobre a outra.	A espasticidade, a contratura, o prurido ou a agitação levam a criança debater-se no leito e há fricção quase constante.	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.	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	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.

			leito, mas ocasionalmente escorrega.	
NUTRIÇÃO	1. Muito pobre:	2. Inadequada:	3. Adequada:	5. Excelente:
Padrão habitual de consumo alimentar.	Em jejum e/ou mantido com ingesta 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 ingerir suplemento dietético líquido.	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 ingerir suplemento dietético	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.	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:	2. Comprometida:	3. Adequada:	4. Excelente:
	Hipotenso (PAM <50 mmHg; <40 mmHg em recém-nascido) ou o paciente não tolera as mudanças de posição.	Normotenso. Apresenta saturação de oxigênio <95% ou a hemoglobina <10 mg/dl ou o tempo de enchimento capilar >2 segundos. O pH sérico <7,40.	Normotenso. Apresenta saturação de oxigênio <95% ou a hemoglobina <10 mg/dl ou o tempo de enchimento capilar >2 segundos. O pH sérico é normal.	Normotenso. Apresenta saturação de oxigênio >95%, a hemoglobina normal e o tempo de enchimento capilar <2 segundos.