

DIRETRIZ CLÍNICA QPS 001/2017 VERSÃO 2

Assunto: Protocolo de Prevenção de Lesão por Pressão

DATA DA ELABORAÇÃO	DATA DA VALIDAÇÃO	RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO	RESPONSÁVEL PELA VALIDAÇÃO
6 de outubro de 2017	16 de outubro de 2017	Virginia Paraízo	Dario Ferreira, Erica Batista Priscila Rosseto

OBJETIVO

Definir normativa para o protocolo de risco lesão por pressão (LPP) em pacientes internados nos Hospitais do Américas Serviços Médicos, tendo como principais objetivos: identificar os pacientes com risco e fatores associados, implementar barreiras de proteção de acordo com o grau de risco e estratificar os pacientes com lesão por estágios, localização e proposta de tratamento.

AREAS ENVOLVIDAS

Equipes multidisciplinares dos Hospitais Américas Serviços Médicos

PROTOCOLO CLÍNICO

1. DESCRIÇÃO/DEFINIÇÕES

1.1 Definição:

Lesão por pressão 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.

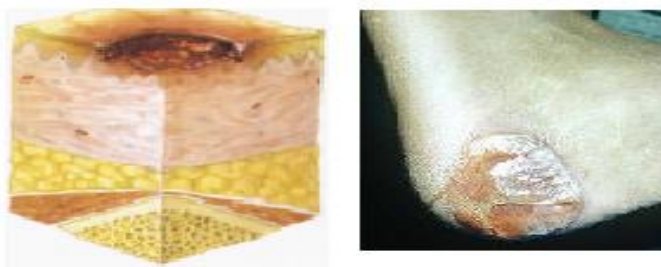
1.2 Classificação:

A classificação de UP abrange desde o aparecimento de alterações da pele até o estadiamento das lesões propriamente ditas e se organiza segundo os critérios abaixo descritos:

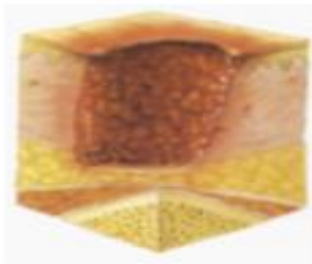
- **Lesão por Pressão Estágio 1:** Pele íntegra com área localizada de eritema que não embranquece e que pode parecer diferente em pele de cor escura. Presença de eritema que embranquece ou mudanças na sensibilidade, temperatura ou consistência (endurecimento) podem preceder as mudanças visuais. Mudanças na cor não incluem descoloração púrpura ou castanha; essas podem indicar dano tissular profundo.



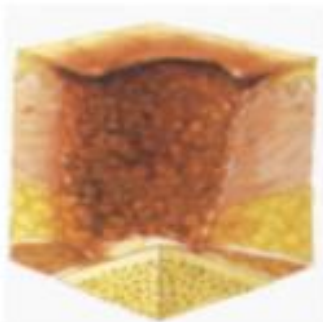
- **Lesão por Pressão Estágio 2:** Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme. O leito da ferida é viável, de coloração rosa ou vermelha, úmido e pode também apresentar-se como uma bolha intacta (preenchida com exsudato seroso) ou rompida. O tecido adiposo e tecidos profundos não são 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).



- **Lesão por Pressão Estágio 3:** 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.



- **Lesão por pressão Estágio 4:** 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.



- **Lesão por Pressão Não Classificável:** 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.

- **Lesão por Pressão Tissular Profunda:** 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 (LPTP) para descrever condições vasculares, traumáticas, neuropáticas ou dermatológicas.

1.3 Definições adicionais:

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

1.4 Fatores intrínsecos:

- **Tolerância tecidual:** está relacionada com a capacidade tissular de suportar a pressão, resistindo à deformação e à formação de LPP. A tolerância tecidual pode ser alterada por fatores extrínsecos como umidade, fricção e cisalhamento e a fatores intrínsecos como nutrição, idade avançada e baixa pressão arteriolar.

- **Alterações cutâneas:** a pele seca, eritema e outras alterações da pele aumentam o risco de desenvolvimento de LPP, além disso, a presença de hiperemia não reativa aumenta o risco de desenvolvimento de LPP estágio II. Portanto, os indivíduos com alteração da pele devem ser considerados como de risco para o desenvolvimento de LPP.
- **Déficit Nutricional:** constitui um elemento intrínseco importante na formação das LPP. O déficit nutricional pode desencadear alteração da fase inflamatória e da regeneração tecidual, como aumento do risco de infecção, sepse e morte. Alguns pacientes já entram no hospital desnutridos, enquanto outros, mesmo internados, em bom estado nutricional para procedimentos eletivos, podem ter seu estado nutricional comprometido durante a sua hospitalização.

A má nutrição é considerada um dos fatores primários relatados para o desenvolvimento de LPP, porque contribui para diminuir a tolerância do tecido à pressão. Entre os problemas nutricionais, o déficit de proteínas implica maior risco.

- ✓ Hipotensão/Perfusão tecidual: a baixa pressão arteriolar diminui a tolerância da pele à pressão e aumenta o risco de isquemia com complicação de pressão externa.
 - ✓ Idade: com a idade avançada ocorre diminuição da elasticidade, da textura, da circulação, do nível de reposição celular e do processo de cicatrização da pele, bem como da sensibilidade periférica, que são inerentes ao envelhecimento e, indubitavelmente, levam ao aumento do risco de trauma tegumentar. Essas mudanças acarretam ainda a diminuição da capacidade do tecido de distribuir a pressão mantida sobre ele, levando a um comprometimento do fluxo sanguíneo e, conseqüentemente, ao aumento do risco para LPP.
- **Mobilidade reduzida:** afeta a capacidade de aliviar a pressão de modo eficaz. Pacientes que passam por cirurgias e permanecem imóveis em superfície rígida da mesa cirúrgica precisam ser considerados, como também a mobilidade está reduzida no período pós-operatório imediato, devido aos efeitos da anestesia, dor, analgésicos, infusões ou drenos.
 - **Sensibilidade reduzida:** a perda de sensação significa que o paciente não percebe a necessidade de aliviar a pressão, mesmo sendo capaz de fazê-lo, aumentando o risco para o desenvolvimento de LPP.
 - **Peso corpóreo:** pacientes emagrecidos geralmente apresentam as proeminências ósseas mais salientes e, conseqüentemente, menos protegidos contra a pressão. Por outro lado, é

difícil mover os pacientes obesos, pois estão sujeitos a serem “arrastados” no leito, aumentando o risco de fricção e desenvolvimento de LPP.

- **Drogas:** sedativos, hipnóticos, ansiolíticos, antidepressivos, analgésicos opiáceos e antiestamínicos podem causar sonolência excessiva reduzindo a mobilidade e a percepção sensorial predispondo ao risco para LPP. Drogas vasoativas, beta-bloqueadores e simpatomiméticos inotrópicos podem causar vasoconstrição periférica com consequente redução da perfusão tecidual, aumentando o risco de desenvolvimento de LPP.

Os glicocorticóides possuem a capacidade de suprimir a resposta inflamatória, diminuir a migração de macrófagos, reduzir os fibroblastos, a síntese de colágeno e sua força tênsil e diminuir a atividade da célula endotelial prejudicando todo o processo de contração e epitelização de uma ferida, interferindo diretamente na tolerância tecidual aumentando o risco de ruptura da pele pela pressão, fricção e cisalhamento.

- **Diminuição do nível de consciência:** é considerado como um importante fator de risco no desenvolvimento das LPP, especialmente por estar associada, direta ou indiretamente, à percepção sensorial, mobilidade, atividade e a pressão. Pacientes com diminuição do nível de consciência podem não sentir o desconforto causado pela pressão por déficit de sensibilidade ou de percepção sensorial, ou não estão alertas o suficiente para movimentar-se espontaneamente.
- **Dor:** implica diretamente no conforto e diminuição da mobilidade do paciente predispondo ao risco de desenvolvimento de LPP.

1.5 Fatores Extrínsecos:

- **Umidade:** pode estar associada às alterações do nível de consciência além de outras condições neurológicas periféricas sendo, na maioria das vezes, consequências das incontinências urinárias e fecais, drenagem de feridas, transpiração e restos alimentares. A umidade aumenta os efeitos da pressão sobre a pele, predispondo à necrose e à maceração, tornando-a mais vulnerável às lesões, além de provocar a adesão das roupas da cama e do vestuário à pele, potencializando a ação das forças transversais: cisalhamento e fricção.
- **Pressão** (intensidade e duração): aplicada com grande intensidade durante um curto período ou com menos intensidade durante um período mais longo, resulta no fechamento capilar. A pressão normal de fechamento capilar é de aproximadamente 32 mmHg nas arteríolas e 12 mmHg nas vênulas. A pressão externa maior que 32 mmHg prejudica o fluxo sanguíneo para

a área, com conseqüente interferência na oxigenação e nutrição dos tecidos envolvidos além do acúmulo de subprodutos tóxicos do metabolismo que levam a anóxia tissular e morte celular.

- **Fricção:** ocorre quando duas superfícies são esfregadas uma na outra, resultando em abrasão, podendo formar bolhas. A fricção geralmente ocorre em pacientes com déficit de mobilização, que arrastam o seu corpo sobre uma superfície de apoio ou são arrastados no leito pelos profissionais de saúde. Isso remove as camadas superiores de células epiteliais. A umidade exacerba o efeito da fricção.
- **Cisalhamento:** resultante da interação entre fricção e a gravidade, exercendo forças paralelas contra a pele. Ocorre em conseqüência da movimentação ou posicionamento incorreto, geralmente quando a cabeceira da cama é elevada acima de 30° ou quando o paciente está na posição sentada. O cisalhamento ocorre quando o paciente desliza na cama ou na poltrona. As forças de cisalhamento podem deformar e romper os tecidos e vasos sanguíneos, favorecendo o desenvolvimento da LPP

1.6 Fatores de risco contribuintes:

- Insuficiência cardíaca
- Doença vascular periférica
- Choque
- Diabetes
- Demência
- Anemia
- Deficiência imunológica
- Neoplasias
- Desnutrição
- Depressão
- Doença terminal
- Contratura.
- Doença da tireoide
- Doença renal
- Déficit de hidratação
- Edema
- Dor

- Tabagismo
- Temperatura corporal elevada
- Estado psicossocial
- Contraturas
- Pele seca
- Uso de aparelho de tração ortopédica
- Antecedente de UP estágio III ou IV cicatrizada

Quanto maior o número de fatores de risco presentes, maior a probabilidade de desenvolvimento de lesão por pressão. Áreas e regiões corporais de maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de lesões por pressão (LPP).

1.7 Responsabilidades da equipe multiprofissional

1.7.1 Enfermeiro

- Identificar os riscos para LPP
 - A qualidade com que o cuidado do paciente é prestado está diretamente relacionado à capacidade da avaliação inicial em realizar uma detecção precoce dos fatores de risco associados através de escalas validadas, BRADEN, BRADEN Q, ELPO (anexo I, II e III), bem como a escolha correta de medidas preventivas a serem implantadas;
 - A reavaliação deve ocorrer em intervalos regulares de 24 horas ou na ocorrência de alterações clínicas.
- Inspeção da pele
 - A inspeção da pele deve ser realizada no sentido céfalo-podal, norteadas pela avaliação das áreas conhecidas por serem mais vulneráveis a pressão óssea;
 - A avaliação é melhor conduzida ao vestir ou despir o paciente (antes ou após banho) a fim de visualizar as áreas de maior risco. Qualquer dispositivo compressivo (cinta, meia, etc) deve ser removido antes da inspeção da pele;
 - Pacientes com risco moderado, elevado e muito elevado deverão ter a pele inspecionada regularmente no momento do banho.

- Medidas preventivas - Pacientes com risco

- ✓ Percepção sensorial, mobilidade e atividade prejudicada:
 - Reposicionar o paciente de tal forma que a pressão seja aliviada ou redistribuída. Não sujeitar a pele à pressão ou forças de torção (cisalhamento);
 - Manter pacientes de risco em superfície de redistribuição de pressão;
 - Pacientes que não toleram reposicionamento frequente deverão, preferencialmente, ficar sobre superfícies de apoio dinâmico;
 - Os calcâneos devem ser mantidos livres de pressão;
 - Os pacientes identificados com de risco para o desenvolvimento de LPP, deverão ser reposicionados a cada 2h, para alívio das áreas sujeitas a pressão, no leito ou em poltronas;
 - Os pacientes identificados com Risco (moderado, alto e muito alto), aplicar película de poliuretano ou espuma, para proteger proeminências ósseas.

- ✓ Manejo da umidade
 - Controlar a umidade através da determinação da causa e usar absorventes ou fraldas;
 - Quando possível, oferecer comadre ou papagaio em conjunto com os horários de mudança de decúbito;
 - Além da incontinência urinária e fecal, a equipe de enfermagem deve ter atenção a outras fontes de umidade, como: extravasamento de drenos sobre a pele, exsudato de feridas e suor que são potenciais irritantes para a pele.

- ✓ Cuidados no transoperatório
 - Respeitar o alinhamento corporal;
 - Proteger as áreas de pressão;
 - Reduzir a fricção, cisalhamento e pressão;
 - Checar proeminências ósseas;
 - Selecionar e disponibilizar dispositivos de posicionamento de acordo com as necessidades de cada paciente e relacionar ao tipo e tempo cirúrgico;
 - Realizar a movimentação, transporte e posicionamento com número adequado de profissionais de saúde e com equipamentos validados;
 - Necessário protocolo de Posicionamento Cirúrgico.

1.7.2 Nutricionista/Nutrologia

- Instituir as medidas nutricionais específicas (avaliar a necessidade calórica, vitamínica, minerais e demais nutrientes) para a prevenção de LPP;
- Avaliar sinais clínicos de desnutrição ou que podem predispor alterações no estado nutricional, tais como: edema, perda de peso, disfagia, inapetência, desidratação, entre outros;
- Avaliar a necessidade de oferecer suplementos nutricionais, com alto teor protéico, além da dieta habitual, à indivíduos em risco nutricional e de lesão por pressão;
- Identificar problemas relacionados ao processo de mastigação (dentição, salivação e sensibilidade gustativa), deglutição, motilidade do trato gastrointestinal, sensação de sede e digestão (saciedade precoce).

1.7.3 Fisioterapia e Enfermagem

- Manejo da fricção e cisalhamento
 - Elevar a cabeceira da cama até no máximo 30° e evitar pressão direta nas proeminências ósseas. Monitorar o tempo de cabeceira elevada, pois o corpo do paciente tende a escorregar ocasionando fricção e cisalhamento;
 - Utilizar forro móvel ou dispositivo mecânico de elevação para mover pacientes acamados durante transferência e mudança de decúbito, para evitar fricção ou forças de cisalhamento. Deve-se ainda verificar se nada foi esquecido sob o corpo do paciente, para evitar dano tecidual;
 - Realizar mobilização passiva e ativa alinhadas ao plano terapêutico priorizando a mobilização precoce. Sempre que necessário, solicitar auxílio de outro funcionário para mobilizar pacientes com restrições;
 - Ao entrar no quarto, verificar o posicionamento do paciente no leito ou poltrona e reposicioná-lo de forma adequada, utilizando coxins ou travesseiros para apoio dos segmentos corporais.

1.7.4 Médico

O plano terapêutico deve levar em consideração fatores intrínsecos, extrínsecos e contribuintes para o risco de lesão por pressão. Cabe ao enfermeiro alertar a equipe médica do risco de lesão por pressão para que as terapias sejam adequadas.

- Instituir rapidamente tratamento da causa da redução de possibilidade de mobilização (e.g.: fixação rápida de lesão de coluna vertebral);
- Garantir aporte calórico/proteico necessário conforme recomendação da nutrição clínica;
- Adequar uso de sedativos para garantir movimentação ativa reduzindo agitação psicomotora;
- Adequar uso de analgésicos para controle de dor que permitam movimentação adequada.

1.8 Tratamento

- **Estágio 1**

- Evitar pressão sob a área lesionada.

- **Estágio 2**

- Bolha íntegra – higiene durante o banho e alívio de pressão local.
- Rompimento da pele – limpeza com SF 0,9%, aplicar gaze rayon embebida em ácidos graxos ou gaze com petrolatum, gaze estéril e filme transparente. Aplicar protetor barreira spray/pirulito em pele peri lesão.

- **Estágio 3**

- Com tecido de granulação - limpeza com SF 0,9%, aplicar gaze rayon embebida em ácidos graxos ou gaze petrolatum, gaze estéril e filme transparente. Aplicar protetor barreira spray/pirulito em pele peri lesão.
- Esfacelos – limpeza com SF 0,9%, desbridante químico, gaze rayon embebida em ácidos graxos ou petrolatum, gaze estéril e filme transparente. Aplicar protetor barreira spray/pirulito em pele peri lesão.
- inais de infecção com tecido de granulação – limpeza com solução de clorexidina degermante ou solução PHMB (polihexanida biguanida), aplicar gaze petrolatum, gaze estéril e filme transparente.

- Sinais de infecção com esfacelo - limpeza com solução de clorexidina degermante ou PHMB (polihexanida biguanida), desbridante químico, gaze petrolatum, gaze estéril e filme transparente.
- Sinais de infecção com exsudação - limpeza com solução de clorexidina degermante ou PHMB (polihexanida biguanida), curativo a base de alginato de prata ou carvão ativado, gaze estéril e filme transparente. Proteger bordas e pele adjacente com barreira protetora.
- **Estágio 4** – idem tratamento estágio III (b/c/d/e). Necessária avaliação de especialista. Atenção para presença de tendão e estrutura óssea. Não desbridar com instrumental.

ANEXOS

1. ANEXO I – ESCALA DE BRADEN

	1	2	3	4
PERCEPÇÃO SENSORIAL	Completamente Restrita	Muito restrita	Discreta limitação	Sem restrições
UMIDADE	Umidade constante	Úmido	Ocasionalmente úmido	Raramente úmido
ATIVIDADE	Restrito ao leito	Restrito à cadeira	Deambula Ocasionalmente	Deambula com frequência
MOBILIDADE	Completamente imóvel	Muito restrita	Limitação discreta	Sem restrições
NUTRIÇÃO	Muito deficiente	Inadequada	Adequada	Excelente
FRICÇÃO E CISALHAMENTO	Problema	Potencial problema	Sem problema	-

Sem Risco: 19 – 23 pontos
Risco Baixo: 15 a 18 pontos
Risco Moderado: 13 a 14 pontos
Risco Elevado: 10 a 12 pontos
Risco Muito Elevado: 9 a 6 pontos

2. ANEXO II – ESCALA ELPO

ESCORE	5	4	3	2	1
ITENS					
TIPO DE POSIÇÃO CIRÚRGICA	Litotômica	Prona	Trendelemburg	Lateral	Supina
TEMPO DE CIRURGIA	Acima de 6h	Acima de 4h até 6h	Acima de 2h até 4h	Acima de 1h até 2h	Até 1h
TIPO DE ANESTESIA	geral + regional	geral	regional	sedação	local
SUPERFÍCIE DE SUPORTE	Sem uso superfície de suporte ou suportes rígidos sem acolchoamento ou perneiras estreitas	Colchão de mesa cirúrgica e espuma (convencional) + coxins feitos de campos de algodão	Colchão de mesa cirúrgica e espuma (convencional) + coxins de espuma	Colchão de mesa cirúrgica e espuma (convencional) + coxins de visco elástico	Colchão de mesa cirúrgica de visco elástico + coxins de visco elástico
POSIÇÃO DOS MEMBROS	Elevação dos joelhos > 90° e abertura dos membros inferiores > 90° ou abertura dos membros superiores > 90°	Elevação dos joelhos > 90° ou abertura dos membros inferiores > 90°	Elevação dos joelhos > 90° e abertura dos membros inferiores > 90° ou pescoço em desalinhamento -external	Abertura dos membros superiores > 90°	Alinhamento corporal
COMORBIDADES	Úlcera por pressão ou neuropatia previamente diagnosticada ou trombose venosa profunda	Obesidade ou desnutrição	Diabetes mellitus	Doença vascular	Sem comorbidades
IDADE DO PACIENTE	> 80 anos	Entre 70 e 79 anos	Entre 60 e 69 anos	Entre 40 e 59 anos	Entre 18 e 39 anos

≥ 20 pontos – risco para UP

3. ANEXO III – Braden Q

	1	2	3	4
PERCEPÇÃO SENSORIAL	Completamente limitada	Muito limitada	Discreta limitação	Sem limitação
UMIDADE	Constantemente úmido	Frequentemente úmido	Ocasionalmente úmido	Raramente úmido
ATIVIDADE	Restrito ao leito	Restrito à cadeira	Deambula Ocasionalmente	Deambula com frequência
MOBILIDADE	Completamente imóvel	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação
NUTRIÇÃO	Muito deficiente	Inadequada	Adequada	Excelente
FRICÇÃO E CISALHAMENTO	Problema importante	Problema	Potencial problema	Nenhum problema aparente
PERFUSÃO TECIDUAL E OXIGENAÇÃO	1. Extremamente comprometida: Hipotenso (PAM <50 mmHg; <40 mmHg em recém-nascido) ou o paciente não tolera as mudanças de posição.	2. Comprometida: 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.	3. Adequada: 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.	4. Excelente: Normotenso. Apresenta saturação de oxigênio >95%, a hemoglobina normal e o tempo de enchimento capilar <2 segundos.

≤ 22 - Alto risco > 22 - Baixo risco

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *Jama*. 2016;315(8):801-10.
2. Bone RC, Sibbald WJ, Sprung CL. The ACCP-SCCM consensus conference on sepsis and organ failure. *Chest*. 1992;101(6):1481-3.

3. Levy MM, Fink MP, Marshall JC, Abraham E, Angus D, Cook D, et al. 2001 SCCM/ESICM/ACCP/ATS/SIS International Sepsis Definitions Conference. *Critical care medicine*. 2003;31(4):1250-6.
4. Shankar-Hari M, Phillips GS, Levy ML, Seymour CW, Liu VX, Deutschman CS, et al. Developing a New Definition and Assessing New Clinical Criteria for Septic Shock: For the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *Jama*. 2016;315(8):775-87.
5. Seymour CW, Liu VX, Iwashyna TJ, Brunkhorst FM, Rea TD, Scherag A, et al. Assessment of Clinical Criteria for Sepsis: For the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *Jama*. 2016;315(8):762-74.
6. Machado FR, Assuncao MS, Cavalcanti AB, Japiassu AM, Azevedo LC, Oliveira MC. Getting a consensus: advantages and disadvantages of Sepsis 3 in the context of middle-income settings. *Revista Brasileira de terapia intensiva*. 2016;28(4):361-5.
7. Machado FR, Nsutebu E, Abdulaziz S, Daniels R, Finfer S, Kissoon N, et al. Sepsis 3 from the perspective of clinicians and quality improvement initiatives. *Journal of critical care*. 2017.
8. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, Levy MM, Antonelli M, Ferrer R, et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. *Intensive care medicine*. 2017;43(3):304-77.

HISTÓRICO DAS VERSÕES

<i>Versão</i>	<i>Dt/Hr. Finalização</i>	<i>Motivo da criação dessa versão</i>	<i>Histórico</i>
2	15/06/2018/14:45	Nova diagramação	-