



DOCUMENTOS DE
POSICIONAMENTO

DOCUMENTO de POSICIONAMENTO Nº10

UNIDADES MULTIDISCIPLINARES
DE FERIDAS CRÓNICAS:
CLÍNICA DE FERIDAS

NOVEMBRO 2012



O PRESENTE DOCUMENTO DE POSICIONAMENTO FOI ELABORADO POR:

AUTORES:

FRANCISCO PEDRO GARCÍA FERNANDEZ

Enfermeiro. Máster em Investigación e Innovación en Salud y Calidad de Vida. Doutor pela Universidade de Jaén. Coordinador da Unidad de Estrategia de Cuidados. Complejo hospitalario de Jaén. Membro Consultivo do GNEAUPP.

PABLO LÓPEZ CASANOVA

Enfermeiro. Máster en Ciencias de la Enfermería. Doutorando pela Universidade de Alicante. Unidad Integral de Heridas Crónicas. Departamento de Salud de Elche -Hospital General. Membro do Comité Director do GNEAUPP.

TERESA SEGOVIA GÓMEZ

Enfermeira. Responsável pela Unidad Multidisciplinar de Heridas Crónicas. Hospital Universitario Puerta de Hierro - Majadahonda (Madrid).

J.JAVIER SOLDEVILLA AGREDA

Enfermeiro. Antropólogo. Doutor pela Universidad de Santiago de Compostela. UGC de Enfermedades Infecciosas. Hospital de San Pedro. Professor da EUE de Logroño. Director do GNEAUPP.

JOSÉ VERDÚ SORIANO

Enfermeiro. Doutor pela Universidad de Alicante. Máster oficial en Ciencias de Enfermería. Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia, Universidad de Alicante. Membro do Comité Director do GNEAUPP.

TRADUÇÃO PARA O PORTUGUÊS:

LOURDES MUÑOZ HIDALGO

Enfermeira na Unidade de Saúde Familiar Cruz de Celas, Coimbra, Portugal. Mestre em Gestão e Investigação nos Cuidados das Feridas Crónicas. (Universidad de Cantabria). Especialista em Cuidado e Tratamento de UPP e Feridas Crónicas pelo GNEAUPP. Membro do GNEAUPP, ELCOS e EWMA.

Como citar este documento:

García-Fernandez, FP; López-Casanova. P; Segovia-Fernández, T; Soldevilla-Agreda, JJ; Verdú-Soriano, J. Comisiones de Úlceras por Presión. Serie Documentos de Posicionamiento GNEAUPP nº10. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2012

©2012 GNEAUPP- 2ª edición

Edición y producción: GNEAUPP

Imprime: GNEAUPP

Os autores do documento e o Grupo Nacional para el estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas, firmemente convencidos de que o conhecimento deve circular livremente, autorizam a utilização do presente documento para fines científicos e/ou educativos sem fins lucrativos.

É proibida a reprodução total ou parcial do mesmo sem a autorização dos proprietários intelectuais do documento quando utilizado com a finalidade de obtenção de alguma remuneração, económica ou em géneros.

ÍNDICE

1. Análise da situação	4
1.1. Definição de ferida crónica	4
1.2. Classificação das feridas crónicas	4
1.3. A dimensão do problema	
1.4. Úlceras por pressão, epidemiologia, custo, mortalidade e repercussões legais.	6
1.5. Úlceras da extremidade inferior: abrangência	8
2. Objectivos da Unidade Integral de Feridas Crónicas	9
2.1. Objectivos gerais	9
2.2. Objectivos específicos	9
3. Estrutura funcional da consulta	10
3.1. Missão, visão e valores	10
3.2. População alvo	11
3.3. Recursos humanos e materiais	12
4. Localização.	14
5. Teleconsulta e teleassistência.	14
6. Bibliografia	15
Anexo 1. Competências do Coordenador / Responsável	17
Anexo 2. Exemplo de distribuição física da Unidade Multidisciplinar de Feridas Crónicas / Consultas de Feridas.	18
Anexo 3. Direitos do utente no programa de Feridas Crónicas.	19

1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO

1.1. Definição de ferida crónica

Podemos definir a ferida crónica como a lesão da pele com escassa ou nula tendência para a cicatrização, enquanto se mantém a causa que a produz, por isto tornou-se semelhante o termo de úlcera cutânea ao de ferida crónica.

Uma ferida cicatriza unicamente quando os mecanismos celulares e moleculares adequados atuam promovendo o processo de cicatrização. Nas feridas crónicas o processo de cicatrização encontra-se parcial ou totalmente alterado, não segue ordenadamente o processo molecular e celular de uma reparação tissular normal: prolongação da fase inflamatória, incremento na produção de Metaloproteasas, degradação da matriz extracelular, atraso na migração celular e formação do tecido conectivo^{1,2}, logo a probabilidade de cicatrização é baixa se as deixarmos evoluir de maneira natural³.

1.2 Classificação

As úlceras cutâneas podem ser de diferente tipologia, em função do agente causal. Na **Tabela 1** se mostram as diferentes lesões cutâneas e as principais causas.

Tabela 1

Principais tipos de lesões cutâneas e as suas causas	
Denominação	Causas
Úlcera por pressão	Isquemia mantida provocada por forças de pressão, fricção ou cisalhamento, sós ou combinadas.
Úlcera por humidade	Humidade continua que provoca eritema, maceração e escoriação da pele, podendo confundir-se com as anteriores.
Úlcera venosa	Inadequado retorno venoso que provoca insuficiência venosa que desemboca em hipertensão venosa e finalmente em úlcera.
Úlcera arterial	Obstrução do fluxo arterial habitualmente causado por arteriosclerose ou embolia.
Úlcera neuropática	Neuropatia e/ou angiopatia de origem metabólica (diabética) que provoca uma diminuição da sensibilidade e do aporte sanguíneo.
Úlcera neoplásica	Distintos tipos de tumores: melanomas, carcinomas ou sarcomas podem acabar por afectar a pele e produzirem lesões na mesma. Podem ser lesões primárias ou metastásicas. Também sequelas de exérese do tumor ou consequência do tratamento aplicado.
Outras	Outro tipo de doenças podem causar lesões como a insuficiência renal crónica que pode provocar calcifilaxia, as doenças autoimunes (Wegener, Crohn, Churg-Staruss, etc.), doenças infecciosas (amebíase, dracunculose, leishmaniose, lepra, úlcera de Buruli, úlcera tropical, etc.), epidermólise bolhosa.

Fonte : Soldevilla Agreda, JJ; García Fernández, FP; Verdú Soriano, J. Úlceras cutâneas. Actualización en Medicina de Familia. 2008;4(7):370-381

Distinguem-se fundamentalmente 6 tipos de lesões: as úlceras por pressão, por humidade, úlceras venosas, arteriais e neuropáticas junto com um grupo de outras lesões.

1.3. A dimensão do problema

As feridas crónicas no geral e com especial realce as úlceras por pressão foram consideradas durante muito tempo como processos banais, secundários, inevitáveis e especialmente silentes⁴, e em poucas circunstâncias com entidade suficiente para serem consideradas um verdadeiro problema de saúde e atuar em consequência.

Com diferenças ostensíveis entre os distintos tipos de úlceras cutâneas, as úlceras por pressão e por humidade e as úlceras da extremidade inferior (que aglomerariam principalmente as úlceras venosas, arteriais e neuropáticas) representam um problema severo para os indivíduos, a sociedade e o próprio sistema de saúde.

A nível individual:

- Prejuízo na qualidade de vida.
- Diminuição da autonomia e autoestima.
- Risco elevado de complicações diretas e indiretas no estado de saúde.
- Potenciais estados invalidantes geradores de dependência e institucionalização.
- Aumento do risco de morrer por essa causa e possibilidade de mortes prematuras.

Para a sociedade:

- Incapacidade para a atividade laboral.
- Atentado contra os direitos dos cidadãos ao permitir em alguns casos que se produzam (sabidamente de como evitar a maior parte destas situações) ou se prolonguem desnecessariamente por uma inadequada atenção.

Para o sistema de saúde:

- Elevado custo (recursos humanos e materiais; espaços assistenciais; hospitalizações e intervenções, reabilitação, etc.)
- Possíveis problemas de saúde pública derivados da disseminação de gérmes multirresistentes.
- Repercussões legais, para instituições e profissionais, por inadequada ou inexistente prevenção e tratamento.

1.4 Úlceras por pressão: epidemiologia, custo, mortalidade e repercussões legais.

São numerosos os estudos que evidenciam que as úlceras por pressão (UPP) podem desencadear-se em apenas poucas horas e demorar meses na sua cura.

Em Espanha, até há uns anos atrás, não conseguimos dispor de informação epidemiológica sobre as UPP de tal maneira que transcendessem de realidades locais concretas, e amiúde com enfoques metodológicos que dificultavam a sua comparação.

O Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) canalizou esta sentida necessidade, iniciando o processo com a realização durante o ano 1999 dum estudo de prevalência das UPP na Comunidade Autónoma da Rioja⁵ no que foram estudados os três níveis assistenciais, Cuidados de Saúde Primária, Cuidados Hospitalares e Cuidados Continuados, servindo de pilotagem para o Primeiro Estudo Nacional sobre Prevalencia de UPP em Espanha⁶, o 2º Estudo realizado em 2005 e o 3º Estudo Nacional em 2009⁸, que estimou a prevalência no país a partir de uma amostra não aleatória. Em cuidados de Saúde Primária uma prevalência bruta na população incluída em programa de atenção domiciliaria do 5.89%, em hospitais uma prevalência média de 10.05+/-13.24, com diferencias significativas entre unidades (unidade médica: 8.32%; cirúrgica geral: 7.33%; cuidados intensivos: 24.2%) e em centros de cuidados continuados uma prevalência média de 7.35+/- 6.4. Um 20.9% do total das lesões era recorrente. As lesões detectadas tinham uma média de 30 dias de antiguidade com um valor mínimo de 1 dia e máximo de 3285 dias.

Tendo em consideração os números de prevalência estimadas no último estudo e as suas projeções sobre a população geral maior de 14 anos para janeiro de 2009, falando de que entre 57000 e 100000 utentes com UPP são atendidos diariamente em Espanha dos quais mais do 85% são maiores de 65 anos.

Os números obtidos no nosso país parecem estar em consonância com as encontradas na bibliografia⁹ para realidades locais ou para outros países do nosso ambiente socioeconómico próximo¹⁰, no entanto o tratamento destes números, a sua sonoridade em ações empreendedoras em matéria preventiva, terapêutica e educacional, pouco têm a ver.

Com base no estudo de Bennet, Dealey e Posnett sobre custos associados às UPP no Reino Unido¹¹, sem duvida o mais preciso âmbito europeu, Posnett e Torra⁴, extrapolaram os dados à realidade económica espanhola e os valores epidemiológicos disponíveis, determinando custos por episódio de 211 € para UPP estadio I y de 16.600€ para estadio IV. O custo global anual para o nosso sistema estimou-se em 1687 milhões de euros, o que supõe um 5.2% do gasto de saúde total do nosso país em 2003.

Um estudo recente¹² no nosso país, aprofundou nas diferentes variáveis implicadas no custo destas lesões. situando-o em 2005 entre os 461 e os 602 milhões de euros anuais. na Tabela 2 se mostra o custo médio do tratamento de uma UPP segundo a severidade e o nível assistencial.

Tabela 2

Custo médio do tratamento de uma úlcera por pressão por utente e por nível assistencial			
	Cuidados de Saúde Primária	Cuidados Hospitalares	Cuidados Continuados
Estadio I	108€	24€	43€
Estadio II	220€	136€	1767€
Estadio III	655€	2309€	3282€
Estadio IV	2868€	6802€	4935€

Fonte : Soldevilla Agreda, JJ; García Fernández, FP; Verdú Soriano, J. Úlceras cutáneas. Actualización en Medicina de Familia. 2008;4(7):370-381

Apesar da eterna secundarização, ninguém parece discutir que as UPP apresentam uma morbilidade e mortalidade associada importante, podendo ser originárias de inúmeras complicações, aumentam notoriamente a probabilidade de morrer, de 2 a 4 vezes superior em pessoas de idade avançada¹³ e em utentes de cuidados intensivos¹⁴. Se aparecessem complicações na cicatrização, a taxa multiplica até 6 vezes mais¹⁵. Em 2003 Verdú et al¹⁶ publicaram um estudo sobre a mortalidade por UPP como causa básica de óbito em Espanha desde 1987 até 1999 em pessoa com mais de 65 anos utilizando como fonte documental os certificados de óbito. Nos treze anos estudados morreram em Espanha 5268 pessoas com mais de 65 anos como consequência de uma UPP. Em 1999 por cada 100.000 óbitos, em Espanha, 165 foram por estas lesões. este panorama poderia ser considerado só a ponta do iceberg, uma vez que só faz referência à UPP registada como causa básica da morte, ficando sem duvida um número maior das que aquelas como causa mencionada e/ou complementar à da morte do individuo.

Merece neste apartado uma alusão às serias repercussões legais que a não prevenção ou uma atenção inadequada das UPP tem gerado em alguns países próximos, e o inicio dum acordar de reclamações e queixas no nosso próprio país¹⁷. O reconhecimento de toda a comunidade científica de que se podem prevenir no mínimo o 95% das UPP¹⁸ é especialmente rotundo.

1.5. Úlceras de Extremidade Inferior. Abrangência

Admite-se que as úlceras de extremidade inferior afectam aproximadamente ao 1% da população adulta de países em desenvolvimento¹⁹, da mesma forma que se admite que com um adequado tratamento o 50% das úlceras sararão em quatro meses, o 20% não o farão até passados dois anos e um 8% não o fará até depois de cinco anos²⁰.

O 1º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras de Pierna em Espanha realizado pelo GNEAUPP em 2002²¹ revelou que a prevalência total de úlceras de extremidade inferior em pessoas com mais de 14 anos foi do 0.165%. Um 0.89 por mil habitantes de úlceras venosas (provavelmente a metade das úlceras etiquetadas como mistas são devidas a um diagnóstico errado e na realidade sejam também úlceras venosas, o que nos situaria em 1.024 utentes com úlceras venosas por mil habitantes), um 0.12 por mil habitantes de úlceras arteriais, um 0.26 por mil habitantes de úlceras mistas e um 0.27 por mil habitantes de úlceras do pé diabético (o presentes no 0.5% de todos os diabéticos).

Considera-se que aproximadamente o 25% dos diabéticos apresentam, em algum momento da sua doença patologia nos pés, sendo esta a causa mais frequente de internamento hospitalar (25%), amputação e uma das causas de longa estadia hospitalar.

São destacáveis alguns outros dados básicos da epidemiologia³ de todas as úlceras de extremidade inferior: a prevalência e incidência se triplica quando se consideram grupos com idades superiores aos 75 anos; a sua cronicidade (um 40-50% superam o ano de evolução) e recidiva (entre um 25 e um 30% recidiva no período de doze meses trás a cura).

No nosso país não se tem constância de estudos de custos específicos sobre este tipo de feridas. Em 1991 o custo estimado do tratamento das úlceras de perna nos Estados Unidos se calculava anualmente entre 775 milhões de dólares USA e um bilião²² e no Reino Unido o custo total estimado do tratamento das úlceras de etiologia venosa no ano 2005-2006 foi entre 268 e 198 milhões de libras esterlinas²³.

Como vemos, as feridas crónicas são um problema de saúde de primeiro nível que repercute em todos os protagonistas do sistema de saúde: utentes, profissionais e organizações e que têm uma repercussão económica fundamental para os sistemas, daí a importância na criação de unidades integrais que atendam estas lesões, especialmente as difíceis de cicatrizar ou recidivais que tantos problemas supõe para o utente, o profissional e o sistema²⁴.

2. OBJECTIVOS DA UNIDADE INTEGRAL DE FERIDAS CRÓNICAS.

2.1 Objectivos gerais:

- Proporcionar cuidados integrais à pessoa com feridas crónicas e família, respondendo às suas necessidades, propiciando os máximos níveis de recuperação na autonomia do indivíduo.
- Melhorar a qualidade da atenção às pessoas com feridas crónicas: estabelecendo um modelo metodológico comum nas atuações que melhore a eficiência clínica, a qualidade de vida e a sustentabilidade do sistema de saúde.
- Estabelecer um espaço de atualização e vanguarda na formação e investigação de feridas crónicas.

2.2 Objectivos específicos:

- Potencializar a prevenção como a melhor alternativa para evitar o aparecimento de feridas crónicas ou favorecer a sua cura.
- Conhecer a morbidade das feridas crónicas no contexto assistencial da unidade.
- Atuar como equipa de referência, suporte e aconselhamento no campo das lesões crónicas, para equipas de Cuidados de Saúde primários, Unidades de hospitalização, centros de cuidados continuados e lares de idosos e utilizadores com a finalidade de unificar critérios e diminuir a variabilidade clínica e diagnóstica.
- Melhorar a comunicação e coordenação entre os diferentes níveis assistenciais e profissionais.
- Racionalizar o gasto de saúde em materiais para o cuidado das feridas crónicas com a finalidade de garantir a sustentabilidade dos diferentes sistemas de saúde.
- Desenvolver um plano integral de formação continuada em feridas crónicas.
- Fomentar e favorecer a investigação na prática diária desenvolvendo e mantendo linhas ativas no campo das feridas crónicas.

3. ESTRUTURA FUNCIONAL DA CONSULTA

3.1 Missão, visão e valores

Visão:

Ser referência dos sistemas de saúde em matéria de atenção às pessoas com feridas crónicas ou em situação de risco de as padecer.

Missão:

As Unidades Multidisciplinares de Feridas Crónicas / Clínicas de feridas devem ser as líderes que garantam o direito a uma atenção que ponha ao serviço da pessoa com feridas crónicas todos os recursos técnicos e humanos em função das suas necessidades, sejam de prevenção, de atenção ao seu processo, dependendo obviamente das possibilidades do centro, sem que os cidadãos possam ser discriminados devido ao sexo, idade, raça, ideologia e condição socioeconómica.

Possibilitar uma trama eficiente na atenção, prevenção, diagnóstico e tratamento independentemente do contexto assistencial e social das pessoas com feridas crónicas.

Optimizar os recursos diagnósticos, preventivos e terapêuticos dirigidos às pessoas com feridas crónicas.

Aglutinar a atividade investigadora e docente em matéria de feridas crónicas da sua área de influencia.

Valores

- Liderança.
- Confiança.
- Trabalho em equipa.
- Comunicação.
- Respeito à pessoa.
- Confidencialidade.
- Integridade.
- Responsabilidade social.
- Sustentabilidade.

3.2. População alvo

População alvo: A Unidade Multidisciplinar de Feridas Crônicas / Clínica de Feridas atenderá tanto as consultas dos profissionais, especialmente através de plataformas telemáticas, como a usuários com feridas crônicas dos três níveis assistenciais que demandem aconselhamento e/ou atenção perante qualquer processo derivado das feridas crônicas por qualquer das seguintes premissas:

-Deterioro da integridade cutânea quando o profissional considere subsidiário de consulta:

- Para confirmação diagnóstica.
- Por evolução tórpida.
- Por incapacidade para realizar o procedimento adequadamente no domicílio.
- Por suspeita de infecção ou colonização crítica.
- Por dúvidas sobre o esquema terapêutico.
- Por necessidade de desbridamento cortante parcial ou total da ferida.
- Por qualquer outra situação especial que requeira uma prática ou procedimento avançado.

-Feridas cirúrgicas abertas que precisem cicatrização por segunda intenção.

-Úlceras por Pressão

-Úlceras venosas.

-Úlceras arteriais.

-Úlceras neuropáticas (pé diabético).

-Outras úlceras crônicas de baixa prevalência (calcifilaxia, epidermólise bolhosa, lesões neoplásicas, etc.)

-Feridas cirúrgicas cronificadas.

-Queimaduras de evolução crônica.

Em consequência das características de cada unidade, os centros estabelecerão os circuitos de referência e atenção tanto das demandas dos profissionais como as dos utentes devendo contemplar, ao menos, os seguintes aspectos:

- Remissão Interna.
- Remissão externa.
- Primeira visita.
- Visitas sucessivas.

Da mesma maneira, articular-se-ão os modos de atenção direta da unidade, que para os profissionais será preferentemente via telemática e para os utentes poderá ser tanto através da própria consulta (método preferente) como de maneira direta no ambiente do utente (unidade de internamento, lar, domicílio, etc.) quando as circunstâncias assim o demandem (interconsultas).

3.3. Recursos humanos e materiais.

Recursos humanos:

A complexidade do processo junto ao aumento exponencial do conhecimento científico, recomenda o desenvolvimento de uma figura capaz de assumir e coordenar em todos os níveis assistenciais a atenção e estes utentes de maneira interdisciplinar.

A estrutura da organização ou o nível assistencial onde se desenvolva a Unidade Multidisciplinar de Feridas Crónicas / Clínica de Feridas, definirá a composição definitiva da equipa da mesma, assim como a dedicação a tempo completo ou parcial e que em qualquer caso deveria estar integrada por:

- Coordenador / Responsável: com formação avançada em matéria de feridas crónicas. Entendemos que o profissional de Enfermagem cumpre melhor os requisitos para desempenhar o lugar de responsável / coordenador. Ver competências no Anexo 1.
- Enfermeira/s especialistas/s em feridas.
- Auxiliar.
- Equipa consultora: especialistas em Medicina Interna, Dermatologia, Angiologia e Cirurgia Vasculuar, Cirurgia Plástica e Reparadora, Cirurgia Geral, Ortopedia e Cirurgia Ortopédica, Medicina Familiar, Podologia.
- Equipa de apoio: Consulta da Dor, Microbiologia, Reabilitação, Nutricionista, Assistente Social.

Estrutura física:

A estrutura física da organização ou o nível assistencial onde se estabeleça a Unidade Multidisciplinar de Feridas Crónicas / Clínica de Feridas, definirá a estrutura física, dotação e equipamento da unidade.

É necessário ter presente a legislação ao respeito de cada Comunidade Autónoma em referência às competências necessárias para a autorização, instalação e funcionamento dos estabelecimentos de saúde.

Em quanto à estrutura física (anexo 2) e com as considerações anteriores, será necessário dispor no mínimo de:

- Zona de recepção / acolhimento.
- Consulta com sala / box de diagnóstico/tratamento que garantam a intimidade.
- Zona de teleassistência / teleconsulta.
- Sala polivalente (educação para a saúde, reuniões, etc.)
- Armazém.
- Casa de banho.

Material / Equipamento:

Informático, de comunicação e registo:

- Equipamento informático adequado e ligado à rede (interna e externa) com Webcam e microfone.
- Software de gestão de feridas.
- Impressora.
- Telefone fixo com linha exterior.
- Telefone corporativo móvel.
- Câmara fotográfica digital.
- PC tablete de mobilidade.

Para a avaliação / diagnóstico do utente:

- Sala / box equipada com mesa, cadeira, maca hidráulica e casa de banho.
- Lâmpada, espelho e lupa.
- Lâmpada de Wood.
- Esfigmomanómetro.
- Fonendoscópio.
- Doppler portátil.
- Kit completo de exploração neuropática (monofilamento, diapasão graduado de Rider-Seiffer, cilindro de dupla terminação, etc.)
- Cuvetes de banho / lavagem de perna.

Material terapêutico:

- Material de curas.
- Instrumental cirúrgico.
- Sistema de desbridamento por hidrocirurgia.
- Sistemas de compressão multicamada.
- Sistemas de cura avançada (terapia vácuo,...)
- Sistemas de descarga.

Consumíveis

4. LOCALIZAÇÃO

Por funcionalidade e otimização dos recursos se considera que a localização ideal da Unidade Multidisciplinar de Feridas Crônicas / Clínica de Feridas seria dentro da estrutura dum centro hospitalar, no entanto se o fluxo com o resto de profissionais consultores e as equipas de apoio da unidade foram agis, poderia estar situada em outra localização (Centro de Saúde, Centro de Cuidados Continuados, etc.)

5. TELECONSULTA E TELEASSISTÊNCIA

Os programas de teleconsulta e teleassistência deverão garantir, tanto aos profissionais como às pessoas com feridas crônicas a acessibilidade ao sistema e a resolução dos seus problemas assim como a preservação dos direitos das pessoas com feridas . (Anexo 3)

O programa de teleassistência apresentaria vantagens para a pessoa com feridas crônicas, evitando as vezes possíveis a deslocação à Unidade Integral de Feridas Crônicas / Clínica de Feridas, sendo atendidas todas as necessidades nos distintos processos, técnicas e cuidados e atuações com a gestão do processo.

Supondo a necessidade de atenção direta na Unidade Integral de Feridas Crônicas / Clínica de Feridas, o profissional responsável exerceria de contacto entre o utilizador e os profissionais consultores, encurtando os tempos de espera para a consulta e a assistência.

A teleconsulta entre profissionais é uma ferramenta eficiente para a gestão dos processos das Unidades Integrais de Feridas crônicas / Clínica de Feridas e possibilita o intercâmbio de informação, diagnóstico e decisões terapêuticas adequadas.

6. BIBLIOGRAFIA

1. Woo K, Ayello EA, Sibbald RG. The edge effect: current therapeutic options to advance the wound edge. *Adv Skin Wound Care* 2007; 20(2):99-117; quiz 118-9.
2. Falanga V. The chronic wound: impaired healing and solutions in the context of wound bed preparation. *Blood Cells Mol Dis* 2004; 32(1):88-94.
3. Marinello Roura J. *Úlceras de Extremidad Inferior*. Madrid: Editorial Glosa, 2005.
4. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. *Las úlceras por presión, un reto para el sistema de salud y la sociedad. Repercusiones a nivel epidemiológico, ético, económico y legal*. GNEAUPP.2004
5. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE. Epidemiología de las úlceras por presión en España. Estudio piloto en la Comunidad Autónoma de la Rioja. *Gerokomos/Helcos* 1999; 10(2):75-87.
6. Torra i Bou JE, Rueda López J, Soldevilla Agreda JJ, Martínez Cuervo F, Verdú Soriano J. Primer estudio nacional de prevalencia de úlceras por presión en España. *Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes*. *Gerokomos* 2003; 14(1):37-47.
7. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Martínez Cuervo F, López Casanova P, Rueda López J, Mayán J. 2 Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2005. *Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes*. *Gerokomos* 2006; 17(3):154-72.
8. Soldevilla Agreda JJ, Torra JE, Verdú J, López P. 3er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009. *Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes*. *Gerokomos* 2011; 22(2):77-90
9. Soldevilla J, Torra J. *Atención Integral a las Heridas Crónicas*. Madrid: SPA S.L., 2004.
10. Defloor T, Clark M, Witherow A *et al*. EPUAP statement on prevalence and incidence monitoring of pressure ulcer occurrence. *J Tissue Viability* 2005; 15(3):20-7.
11. Bennett G, Dealey C, Posnett J. The cost of pressure ulcers in the UK. *Age Ageing* 2004; 33(3):230-5.

12. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Posnett J, Verdú Soriano J, San Miguel L, Mayán Santos JM. Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión. *Gerokomos* 2007; 18(4):201-10.
13. Thomas DR, Goode PS, Tarquine PH, Allman RM. Hospital-acquired pressure ulcers and risk of death. *J Am Geriatr Soc* 1996; 44(12):1435-40.
14. Clough NP. The cost of pressure area management in an intensive care unit. *J Wound Care* 1994; 3:33-5.
15. Suntken G, Starr B, Ermer-Seltun J, Hopkins L, Preftakes D. Implementation of a comprehensive skin care program across care settings using the AHCPR pressure ulcer prevention and treatment guidelines. *Ostomy Wound Manage* 1996; 42(2):20-2, 24-6, 28-30 passim.
16. Verdú Soriano J, Nolasco A, García C. Análisis de la mortalidad por úlceras por presión en España. Periodo 1987 - 1999. *Gerokomos* 2003; 14(4):212-26.
17. Soldevilla Agreda JJ, Navarro Rodríguez S. Aspectos legales relacionados con las úlceras por presión. *Gerokomos* 2006; 17(4):203-24.
18. Waterlow J. Pressure sore prevention manual. Curland, Taunton.: Newtons, 1995.
19. Baker SR, Stacey MC, Jopp-Mckay AG, et al. Epidemiology of chronic venous ulcer. *Br J Surg* 1991; 78(864).
20. Nicolaides AN. Investigation of chronic venous insufficiency: A consensus statement (France, March 5-9, 1997). *Circulation* 2000; 102(20):E126-63.
21. Torra i Bou JE, Soldevilla Agreda JJ, Rueda López J *et al.* Primer Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras de Pierna en España. Estudio GNEAUPP-UFIC-Smith & Nephew 2002-2003. Epidemiología de las úlceras venosa, arteriales, mixtas y de pie diabético. *Gerokomos* 2004; 15(4):230-47.
22. Phillips TJ, Dover JS. Leg ulcers. *J Am Acad Dermatol* 1991; 25(6 Pt 1):965-87.
23. Posnett J, Franks PJ. The cost of skin breakdown and ulceration in the UK. Pownall M. Skin Breakdown- the silent epidemic. The Smith&Nephew Foundation, 2007.
24. Soldevilla Agreda, JJ; García Fernández, FP; Verdú Soriano, J. Úlceras cutáneas. Actualización en Medicina de Familia. 2008;4(7):370-381