

Prevenção de Úlceras Por Pressão



**Manual de Orientações
para a Macaronésia**



**Governo dos Açores
Secretaria Regional da Saúde**

Autores e Editores:

Grupo ICE – Cardoso, Leocádia; Carvalhal, Rosa; Chácon, Rodrigo; Espírito Santo, Teresa; Estévez, M^a Luísa; Ferrera, M^a Ángeles; Gomes, Miguel; Jardim, Helena; Jiménez, Juan Fernando; Luís, Rui; Mendes, Luís Filipe P.; Messias, Norberto; Reis, Maria Gorete; Rocha, Ana Paula; Rodrigues, Alexandre; Rodriguez, Bienvenida del Carmen; Santos, M^a Luísa; Silva, Dulce; Teixeira, Bruno

Coordenação:

Luís Filipe Mendes

Tradução:

Leocádia Cardoso

Revisão técnica:

Kátia Furtado

José Verdú Soriano

Capa e Design:

Alexandre Rodrigues

2ª Edição:

Novembro de 2010

ISBN: 978-972-8612-43-6



0. Introdução	4
1. Úlcera por Pressão	5
2. Etiopatogenia	5
3. Classificação	7
4. Diagnóstico Diferencial	8
4.1. Causas	8
4.2. Localização	8
4.3. Forma	9
4.4. Profundidade	9
4.5. Necrose	9
4.6. Bordos	9
5. Localização	10
6. Factores de Risco	11
7. Escalas de Avaliação de Risco	12
8. Prevenção das UPP	16
8.1. Avaliação do Risco	16
8.2. Cuidados à Pele	17
8.3. Controlo da Humidade	17
8.4. Controlo da Pressão	18
8.4.1. Mobilização / Mudanças posturais	18
8.4.2. Superfícies Especiais para Controlo de Pressão	19
8.4.3. Protecção local	20
8.5. Avaliação Nutricional	20
8.6. Educação do Cliente e Cuidador	21
9. Anotações	222
10. Bibliografia	22

0. Introdução



Nas últimas décadas, as Úlceras por Pressão (UPP) têm vindo a afirmar-se como uma área de preocupação dos profissionais de saúde e têm sido desenvolvidos estudos para uma melhor compreensão das mesmas.

Pela sua pertinência, a Secretaria Regional da Saúde decidiu proceder à 2ª Edição do Manual de Prevenção de UPP produzido pelo Grupo de Investigação Científica em Enfermagem (ICE).

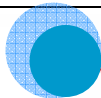
Tendo em conta os estudos efectuados em 2006 e 2008, nos quais se encontraram prevalências de 14,2% e 9,1%, respectivamente, justifica-se o desenvolvimento deste, de forma a colocar à disposição dos Enfermeiros um instrumento fácil e prático que permita uma melhor abordagem desta problemática cuja finalidade é a standardização das actuações dos profissionais perante este problema de saúde.

Este manual de prevenção pretende ser um instrumento de ajuda profissional para reduzir o grau de incerteza e diminuir a heterogeneidade da tomada de decisão clínica. Conscientes de que este deve individualizar e decidir os cuidados em função das características e preferências de cada cliente e dos recursos disponíveis, dado tratar-se de um foco de atenção de alta sensibilidade aos cuidados de enfermagem e que se traduzirá em ganhos em saúde para os clientes.

A elaboração deste manual teve como suporte as orientações da EPUAP e os dados referentes ao estudo de prevalência (EPUPP2006), realizado nos Arquipélagos dos Açores, Madeira e Canárias.

Com esta inquietude realizamos este trabalho, desejando que os conteúdos aqui expostos sejam de utilidade para todos os profissionais de enfermagem que diariamente prestam cuidados nos três arquipélagos da Macaronésia.





1. Úlcera por Pressão

A úlcera por pressão tem sofrido evolução no que diz respeito à sua definição.

Na perspectiva da EPUAP e NPUAP (2009:9) UPP pode definir-se como *“uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção”*.



2. Etiopatogenia

Para o desenvolvimento de uma UPP as evidências científicas focalizam-se na relação entre a aplicação de uma pressão externa sobre a pele e tecidos subjacentes não adaptados a estas pressões e os efeitos da mesma sobre a micro-circulação local. Neste sentido, alguns mecanismos têm sido apontados como os causadores da ruptura tecidual, os quais são sintetizados por Nixon (2004):

- A oclusão do fluxo sanguíneo cutâneo e conseqüente dano devido à reperfusão abrupta dos tecidos sujeitos a isquémia;
- O dano endotelial das arteríolas e da microcirculação devido à aplicação de forças de ruptura e deslizamento;
- A oclusão directa dos vasos sanguíneos pela pressão externa durante um período prolongado, resultando em morte celular.

Collier e Moore (2006) referem que os valores da pressão crítica de encerramento (18 e 22 mmHg) variam de indivíduo para indivíduo e consoante a localização corporal dependendo da proeminência óssea em estudo, do músculo e da estrutura da pele.

Nixon (2004), Collier e Moore (2006) defendem que o modelo de gradiente de pressão tem sido utilizado para explicar como a

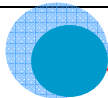


pressão resulta em morte celular. A pressão externa é transmitida a partir da epiderme em direcção ao interior do osso, e a contra pressão a partir do osso para a epiderme, comprimindo-se desta forma todos os tecidos entre a pele e o osso. A pressão maior é exercida directamente sobre o osso, diminuindo gradualmente até à epiderme. Fazendo com que o aporte sanguíneo ao músculo e ao tecido subcutâneo fique comprometido, podendo levar à morte destes tecidos sem, pelo menos numa fase inicial, provocar ruptura da epiderme.

As forças de deslizamento contribuem activamente para o dano endotelial, diminuindo a tolerância dos tecidos à pressão. Considerando Ayello *et al* (2006), as forças de deslizamento são forças mecânicas que actuam na pele em direcção paralela à da superfície corporal. Este processo, além de poder provocar oclusão dos vasos, poderá também originar um estiramento dos mesmos, provocando a sua ruptura e a consequente diminuição do aporte sanguíneo e processo de (re)vascularização.

Por outro lado, a exposição prolongada da pele à humidade também tem como consequência a maceração dos tecidos levando a um enfraquecimento das camadas externas desta, tornando-a mais vulnerável às lesões (Braden, 1997). A humidade da pele está relacionada com as alterações do nível de consciência e outras complicações neurológicas. Dentro destas, estão a incontinência urinária e fecal bem como a sudorese excessiva (Braden e Bergstrom, 1987).






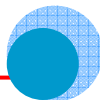
A classificação das UPP por categorias é um sistema de avaliação baseado na profundidade anatômica do tecido lesado. Segundo as recomendações da EPUAP e NPUAP (2009), as úlceras classificam-se em quatro categorias conforme o abaixo indicado:

CATEGORIA	DEFINIÇÃO	FIGURAS
CAT. I (Eritema não branqueável)	Eritema não branqueável em pele intacta. Descoloração da pele, calor, edema; endurecimento ou rigidez podem também ser utilizados como indicadores, particularmente em indivíduos de pele escura.	
CAT. II (Flictena)	Destruição parcial da pele envolvendo a epiderme, derme ou ambas. A Úlcera é superficial e apresenta-se clinicamente como abrasão ou flictena.	
CAT. III (Úlcera superficial)	Destruição total da pele envolvendo necrose de tecido subcutâneo que pode estender-se até, mas não através da fáscia subjacente.	
CAT. IV (Úlcera profunda)	Destruição extensa, necrose tecidual ou dano muscular, ósseo ou das estruturas de suporte com ou sem destruição da pele.	



 ICE	Úlcera por pressão mais grave			
	Categoria I	Categoria II	Categoria III	Categoria IV
EPUPP2006	15,4%	14,8%	29,0%	40,8%

~~4. Diagnóstico Diferencial~~



As UPP, frequentemente são confundidas com outro tipo de lesões, as de humidade, pelo que para uma avaliação mais correcta é necessário considerar, tendo em conta o PUCLAS 2 (2006), os seguintes pontos de observação:

4.1. CAUSAS

Na UPP a pressão e/ou as forças de deslizamento são os factores desencadeantes.

Na lesão por humidade, a humidade tem de estar presente.

Quando a humidade e a pressão/forças de deslizamento estão simultaneamente presentes, a lesão tanto pode ser UPP como lesão por humidade, designando-se neste caso por lesão combinada.

4.2. LOCALIZAÇÃO

Uma ferida livre de proeminência óssea é improvável que seja uma UPP. No entanto, é possível desenvolver uma úlcera de pressão quando o tecido mole é comprimido externamente (ex. por uma SNG, tubo nasal de oxigénio, cateter urinário).



Uma lesão por humidade pode ocorrer sobre uma proeminência óssea. Contudo, devem ser excluídas a pressão e forças de deslizamento como causas e a humidade tem de estar presente.

4.3.FORMA

Se a lesão está limitada a um ponto é provável que seja uma UPP, no entanto, vários pontos superficiais e difusos correspondem habitualmente a lesões por humidade.

Feridas circulares, ou feridas com forma regular, são maioritariamente úlceras por pressão, contudo a possibilidade de lesão por fricção deve ser excluída.

As formas irregulares estão habitualmente presentes nas lesões combinadas (úlceras de pressão e lesões por humidade).

4.4.PROFUNDIDADE

As lesões por humidade são superficiais (destruição parcial das camadas da pele).

4.5.NECROSE

Numa lesão por humidade não existe necrose.

4.6.BORDOS

Se os bordos são distintos a lesão é provavelmente uma úlcera por pressão.

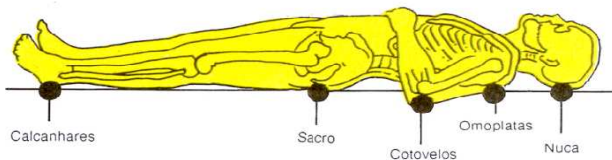
As lesões por humidade têm habitualmente bordos difusos e irregulares.



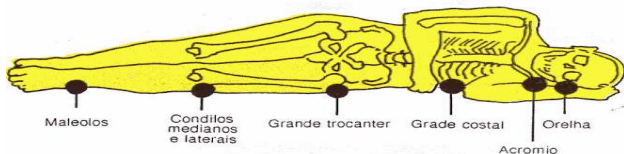
5. Localização

Existem determinadas áreas corporais onde mais frequentemente se apresentam as UPP, como se pode verificar no esquema seguinte:

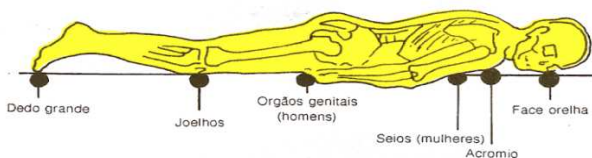
Decúbito dorsal



Decúbito lateral



Decúbito ventral




Fonte: Revista Soins, Nº390, Setembro 1982

Posição de sentado: Tuberosidades isquiáticas



Fonte: Revista Rol de Enfermería, Nº136, Dezembro 1989

 ICE EPUPP2006	Localização da UPP mais grave			
	Sacro	Calcâneo	Trocanter	Outras
	35,5%	16,0%	18,9%	29,6%

6. Factores de Risco

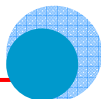
Os factores que conduzem o cliente ao risco de sofrer de UPP podem ser muito diversos. Assim, podemos falar de factores de índole interno e factores de carácter externo.

Factores Intrínsecos	Factores Extrínsecos
Idade Condição Física: Imobilidade Desnutrição/Desidratação Alterações Respiratórias Alterações Neurológicas Alterações Psicológicas Insuficiência Vasomotora Hipotensão Insuficiência Cardíaca	Humidade Agentes Alcoólicos Superfície de Apoio Técnicas manuais sobre a pele Dispositivos (sondas, canula nasal...) Contenções Físicas



Vasoconstrição Periférica Alterações Endoteliais Diabetes Anemia Septicemia Medicação (Sedativos, corticóides) Incontinência	
---	--

~~7. Escalas de Avaliação de Risco~~



Pelo exposto, há uma série de factores de índole diversa que podem ser responsáveis pelo aparecimento de uma UPP, pelo que é necessário fazer uma avaliação pormenorizada das probabilidades das pessoas ao aparecimento da mesma, para isso podem ser utilizadas diversas escalas que avaliam o risco da apresentação de uma UPP (Defloor 2004). O uso destas escalas permite-nos avaliar, de forma objectiva, os factores de risco mencionados e que se encontram presentes em cada indivíduo, assim como a intensidade ou pontuação alcançada por cada um deles, o que nos permite uma intervenção rápida a tempo de minimizarmos ou, até mesmo, anularmos os mesmos, obtendo assim uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem (Pinheiro 2002).

Uma das primeiras escalas de avaliação do risco das UPP foi a descrita por Norton em 1962. Contudo, a mais utilizada nos últimos anos tem sido a escala de Bárbara Braden e Nancy Bergstrom,

também recomendada pela EPUAP e validada para Portugal em 2001, pelo que foi incluída neste estudo.

7.1. ESCALA DE BRADEN

Está constituída por seis subescalas, segundo se pode observar no esquema seguinte. Cada uma delas com a explicação correspondente. Cada uma das pontuações obtidas em cada um dos parâmetros da escala permite-nos classificar cada sujeito num valor de predicação de risco.

Os objectivos da mesma são: reduzir a incidência de UPP; identificar quem tem risco e quem não o tem; planificar cuidados de enfermagem baseados nos ditos factores de risco e o grau de severidade dos mesmos; reduzir o impacto económico; aumentar a qualidade dos cuidados.

Tendo em conta a validação desta escala para a população portuguesa estabeleceram-se dois graus de risco de desenvolver UPP, provenientes do score final dado pela mesma.

- \leq a 16 valores - **Alto Risco**
- $>$ a 16 valores - **Baixo Risco**



<p>Percepção sensorial Capacidade de reacção significativa ao desconforto</p>	<p>1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.</p>	<p>2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.</p>
<p>Humidade Nível de exposição da pele à humidade</p>	<p>1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.</p>	<p>2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.</p>
<p>Actividade Nível de actividade física</p>	<p>1. Acamado: O doente está confinado à cama.</p>	<p>2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.</p>
<p>Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo</p>	<p>1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.</p>	<p>2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.</p>
<p>Nutrição Alimentação habitual</p>	<p>1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.</p>	<p>2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.</p>
<p>Fricção e forças de deslizamento</p>	<p>1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.</p>	<p>2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.</p>



Prevenção de Úlceras Por Pressão

<p>3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.</p>	<p>4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.</p>
<p>3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.</p>	<p>4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.</p>
<p>3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.</p>	<p>4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.</p>
<p>3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.</p>	<p>4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.</p>
<p>3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.</p>	<p>4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.</p>
<p>3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.</p>	





8. Prevenção das UPP

Vários estudos comprovam que 95% dos casos das UPP são preveníveis. (Morison, 2004, Soriano, 2005).

Considera-se a prevenção uma actividade prioritária nos cuidados ao cliente com risco de UPP, pelo que as medidas que visam "*anular/minimizar a pressão sobre os tecidos, proporcionar uma maior resistência à pele e melhorar o estado geral dos clientes*" devem ser implementadas atempadamente (Soriano, 2005, p.12).

É necessário atender aos factores predisponentes intrínsecos e extrínsecos.


Torna-se imperativo que os enfermeiros desenvolvam competências constituindo-se agentes pró-activos na implementação de métodos eficazes, tendo em conta as seguintes recomendações:

1. Avaliação de Risco
2. Cuidados à pele
3. Controlo de humidade
4. Controlo de pressão
5. Avaliação nutricional
6. Educação do Cliente e Cuidador

8.1. AVALIAÇÃO DO RISCO

- Considerar que todo o cliente tem um potencial de risco;
- Utilizar a Escala de Braden em conjunto com o juízo clínico;
- Aplicar a escala no primeiro contacto e com uma periodicidade regular e não apenas quando há alterações significativas do estado geral;
- Efectuar o registo da avaliação de risco.



 ICE EPUPP2006	Risco de desenvolver UPP segundo a Escala de Braden	
	Baixo	Alto
	67,5%	32,5%


8.2. CUIDADOS À PELE

- Observar a pele diariamente prestando especial atenção: às proeminências ósseas; zonas expostas à humidade; lesões cutâneas; temperatura e turgor;
- Efectuar a higiene diária com sabão neutro;
- Lavar, enxaguar e secar a pele sem friccionar, atender às pregas cutâneas e espaços interdigitais;
- Considerar a aplicação de ácidos gordos hiperóxigenados;
- Recorrer a pensos protectores (espumas de poliuretano) para reduzir a pressão;
- Manter a roupa da cama seca e esticada;
- Não massajar sobre as proeminências ósseas (Bale, 2006).



8.3. CONTROLO DA HUMIDADE

- Controlar a incontinência fecal e urinária;
- Manter a pele seca em caso de diaforese;
- Proteger a pele em caso de drenagem excessiva de exsudado.

 ICE EPUPP2006	Incontinência			
	Urinária	Fecal	Dupla	Nenhuma
	13,2%	3,1%	27,5%	56,2%

8.4. CONTROLO DA PRESSÃO


A pressão é reduzida por:

- Mobilização/mudanças posturais,
- Superfícies Especiais para Controlo da Pressão;
- Protecção local.

8.4.1. Mobilização / mudanças posturais

- Elaborar um plano escrito de posicionamentos que fomente e melhore a mobilidade e actividade do cliente;
- Efectuar mudanças de posição (na cama ou na cadeira) em intervalos frequentes que permitam redistribuir o peso e a pressão;
- Mobilizar o cliente, evitando a fricção e os movimentos de deslizamento;
- Elevar a cabeceira da cama até ao máximo de 30° e durante o mínimo tempo possível;
- Para as posições de decúbito lateral não deve ultrapassar-se os 30° de inclinação. Evitar-se apoiar o peso sobre os trocânteres (Defloor *et al*, 2006).

 ICE EPUPP2006	Posicionamento na Cama				
	Nenhum/Irregular	1h/1h	2h/2h	3h/3h	4h/4h
	82,3%	0,3%	4,0%	8,2%	5,1%

 ICE EPUPP2006	Posicionamento na Cadeira				
	Nenhum/Irregular	1h/1h	2h/2h	3h/3h	4h/4h
	95,2%	0,3%	1,8%	1,2%	1,5%

8.4.2. Superfícies Especiais para Controlo de Pressão

As superfícies de controlo de pressão são consideradas como material complementar e não substituem a mobilização e os posicionamentos.


Tipo de Superfícies:


- *Superfícies estáticas ou de pressão constante* - procuram maximizar a área corporal em contacto com a superfície do colchão, reduzindo a magnitude da pressão no contacto entre qualquer pressão anatómica

- *Superfícies dinâmicas* - dispositivos que tentam, de forma sistemática, variar as posições anatómicas que suportam o peso, normalmente através da insuflação e desinsuflação cíclica de diferentes secções da superfície de apoio

- *Superfícies de apoio giratórias ou de inclinação* - variam o centro da gravidade de forma sistemática, modificando a carga em pontos anatómicos específicos, através da elevação ou diminuição da superfície de apoio no plano longitudinal (Morison, 2004).



 ICE EPUPP2006	Equipamento de prevenção na cama		
	Mat. Estático	Mat. Dinâmico	Nenhum
	12,5%	10,5%	77,1%

 ICE EPUPP2006	Equipamento de prevenção na cadeira		
	Mat. Estático	Mat. Dinâmico	Nenhum
	9,6%	0,3%	90,1%

6.4.3. Protecção local

- Utilizar pensos de espuma de poliuretano nas proeminências ósseas de forma a prevenir o aparecimento de UPP (Torra i Bou, 2003);
- Aplicar uma protecção especial para os calcâneos. Os pensos especiais de poliuretano demonstraram maior eficácia, apesar do maior custo efectivo que o uso de ligaduras almofadadas. (Torra i Bou, 2003);
- Não utilizar rodilhas nem flutuadores como superfície de assento (Torra i Bou, 2003).

8.5. AVALIAÇÃO NUTRICIONAL


- Assegurar uma adequada ingestão dietética para prevenir a malnutrição de acordo com as necessidades individuais da pessoa ou da sua condição de saúde; ter atenção especial para os défices proteicos (EPUAP, 2003);
- Proporcionar suplementos nutricionais às pessoas em que se identifique alguma deficiência (EPUAP, 2003).

A EPUAP recomenda que, no mínimo, a avaliação do estado nutricional deve incluir a pesagem periódica, avaliação da pele e o registo da ingestão de alimentos e líquidos. Procedimentos adicionais, incluindo medições antropométricas e testes

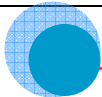
laboratoriais podem igualmente ser realizados. O suplemento nutricional deve ser considerado quando não for possível melhorar o consumo individual de alimentos e fluidos (EPUAP, 2003).

8.6. EDUCAÇÃO DO CLIENTE E CUIDADOR

- Avaliar os conhecimentos família/cuidador informal sobre prevenção das UPP;
- Avaliar a capacidade do cliente/família para a prevenção das UPP
- Ensinar, Instruir e Treinar sobre:
 - Avaliação e cuidados à Pele
 - Posicionamentos e mobilização
 - Nutrição
 - Superfícies Especiais para Controlo da pressão
- Monitorizar o plano de intervenção (Pieper, 2004).

 ICE EPUPP2006	Prevalência de UPP		
	Hospital	Domicílio	Lar de Idosos
	9,2%	18,5%	6,5%





10. Bibliografia

AYELLO, E. (2006) – Úlceras de pressão. In BARANOSKI, Sharon; AYELLO, E.– *O essencial sobre o tratamento de feridas. Princípios práticos*. Loures: Lusodidacta. P.279-314

BALE, S. *et al* (2006).Skin Care. In Romanelli, Marco, (Ed). *Science and practice of pressure ulcer management*. (pp 75-84). London: Springer

BRADEN, B (1997) – Risk assessment in pressure ulcer prevention IN KRASNER, D e KANE, D - *Chronic wound care*, Waye, 2nd edition, Health Management Publication, p.29-36.



BERGSTROM N, BRADEN BJ, LAGUZZA A, HOLMAN V. (1987) - *The Braden Scale Predicting Pressure Sore Risk*. Nurs Res;36(4):205-10.

COLLIER, M.; MOORE, Z. (2006). Etiology and risk factors. In ROMANELLI, M. (Ed.). *Science and practice of pressure ulcer management* London: Springer, pp 27-35.

DEFLOOR, T. (2004) *What are risk factors: sense or nonsense of pressure ulcer risk assessment scales* 2nd World Union of Wound Healing Societies Meeting, July, Paris, Abstract

EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL AND NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. (2009). Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel. P.9



Prevenção de Úlceras Por Pressão

MORISON, M. (2004) – *Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão*. Loures: Lusociência. p. 17-37

NIXON, J. (2004) – Fisiopatologia e etiologia das úlceras de pressão. In MORISON, Moya – *Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão*. Loures: Lusociência. p. 17-37

NORTON D, EXTON SMITH AN., McLaren R. (1962) – *An investigation of geriatric nursing problems in hospital*. National Corporation for the care of old people. London

PIEPER, B. (2004) – Educação do paciente In Morison, Moya (ED) *Prevenção e tratamento de úlceras de pressão*. (pp213-246). Loures: Lusociência.

PINHEIRO, I (2002) – Úlceras de Pressão: Prevenção Diagnóstico e Tratamento – *Geriatrics*, vol. XV nº 145, Junho, p: 21-36.

PUCLAS 2, (2006) – *Pressure Ulcer Classification* apresentado no 9th European Pressure Ulcer Advisory Panel open Meeting, Berlim, EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel)

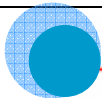
TORRA i BOU JE, RUEDA, J, SOLDEVILLA, J, MARTÍNEZ, F, VERDÚ, J. (2003) - Primer - Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. *Gerokoma*; 14(1):37-47.

VERDÚ, J. (2005) – *Epidemiologia, prevenção e tratamento das úlceras por pressão*. Tese de doutoramento em Saúde Pública. Universidade de Alicante. P.12



9. Anotações





Anotações



Anotações

