

ÚLCERES PER PRESSIÓ(UPP). Mesures de prevenció

Primera emissió: maig 1988

Última revisió: febrer 2014

Índex

Introducció.....	2
Causes de l'aparició de les úlceres.....	2
Úlceres per pressió iatrogèniques	4
Estadis de les úlceres.....	6
Localitzacions més freqüents.....	7
Prevenció de les úlceres per pressió: Objectiu.....	8
Valoració de factors de risc d'úlceres per pressió, escales.....	8
Escala Braden.....	9
Escala Emina.....	10
Mecanismes de prevenció.....	11
Canvis posturals.....	13
Nivell d'evidència científica.....	15
Avaluació d'indicadors de qualitat.....	16
Pla de cures	17
Bibliografia.....	18
Annex I. Algorisme de prevenció de les úlceres per pressió.....	21
Annex II. Productes per la prevenció de les úlceres per pressió.....	22

Introducció

Les úlceres per pressió són lesions de la pell i dels teixits pròxims d'origen isquèmic, provocada per la pressió mantinguda, la fricció, el cisallament o la combinació de les mateixes entre una protuberància òssia i una superfície de recolzament, provocant un bloqueig sanguini i com a conseqüència es produeix una degeneració ràpida dels teixits.

Població diana.¹

Les persones que tenen major risc de patir úlceres per pressió són:

- Malalts ancians amb malalties cròniques.
 - Malalts enllitats o immobilitzats en cadires.
 - Malalts amb alteracions de la sensibilitat i que no perceben el dolor isquèmic.
 - Malalts que no són capaços de mantenir una postura adequada.
 - Malalts que ja pateixen alguna úlcera per pressió.
- La presència d'una úlcera per pressió d'estadi I es considera un factor de risc per desenvolupar una úlcera més greu i per tant, que es converteix en una ferida oberta.
 - Produeixen dolor, molèsties, risc d'infecció i osteomielitis.
 - Poden augmentar el risc de mortalitat, especialment en malalts geriàtrics i incrementa l'índex d'estada hospitalària.

Causas de l'aparició de les úlceres:

La principal causa de la formació de les úlceres de pressió és la pressió exercida i mantinguda entre dos plànols durs i la tolerància dels teixits a aquesta pressió. D'una banda tenim el plànol dur esquelètic i prominències òssies del pacient i l'altre plànol dur generalment extern a ell (llit, cadira..).

Existeix una relació directa entre la pressió i el temps d'exposició d'aquesta. Una pressió alta provoca una necrosi tissular en poc temps i pressions baixes necessiten un temps d'exposició major.²

En la formació de les úlceres de pressió participen tres tipus de forces: pressió, fricció i cisallament Fig 1

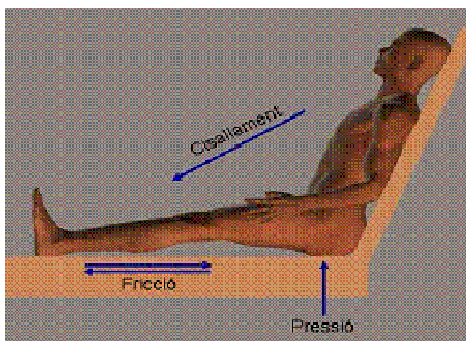


Fig 1

Pressió: Una pressió prolongada i constant entre una prominència òssia i una superfície externa, provoca un bloqueig de la irrigació sanguínia en aquest nivell. Aquesta pressió pot ser sobre un pla dur o per la pressió constant de tubs, sondes, gomes, mascaretes, guixos, fèrules, fixacions mecàniques, traccions, etc. La pressió capil·lar oscil·la entre 6-32 mmHg. Una pressió superior a 32 mmHg, clourà el flux sanguini capil·lar en els teixits tous, provocant hipòxia i si no s'alleuja, necrosi dels mateixos.³

Fricció: és una força que actua paral·lelament a la pell produint fregament per moviments o arrossegament.

Cisallament: unió de la pressió directa i tangencial ocasionant al pacient un esquinç intern dels teixits, combina fricció i pressió (pacient en posició Fowler).⁴

La disminució de la resistència dels teixits a aquestes forces pot veure's afectada per:

Factors Intrínsecs⁴

- **Alteració de la nutrició:** quan hi ha una dieta poc equilibrada, aportació proteica insuficient, hipoalbuminèmia, diabetis, caquèxia, obesitat.

L'objectiu per minimitzar aquest problema serà que el malalt mantingui o recuperi l'estat nutricional adequat a les seves necessitats.

- **Alteració de la mobilitat física** que pot estar relacionada per les limitacions imposades per un tractament, per una intervenció quirúrgica la durada de la qual requereix una immobilització llarga, un mal estat general, la pèrdua del control motor i alteracions en el nivell de consciència.

L'objectiu serà que el malalt recobri la màxima capacitat de mobilitat.

- **Edat:** amb l'edat hi ha una pèrdua d'elasticitat i una disminució del greix subcutani.

- **Malalties:**

- Insuficiència vasomotora.
- Diabetis.
- Anèmia
- Septicèmia.
- Alteracions circulatòries/respiratòries.

- **Alguns medicaments** com ara corticoides, quimioteràpia, sedants, antibiòtics, analgèsics, immunodepressors, poden actuar sobre els teixits disminuint la seva resistència i per tant, inhibint els processos de cicatrització.

Factors Extrínsecs⁴

- **La pròpia hospitalització:** és un risc potencial, ja que canvia els hàbits de vida.
- **Humitat:** tots els processos que puguin originar un excés d'humitat a la pell: incontinències, traspuat de ferides, sudoració profusa, drenatges, febre.
- **Superfícies de suport:** Cadires de rodes, matalassos inadequats.
- **Sondatges:** vesical, nasogàstric.
- **Fixacions,** fèrules.

L'etiologia de les úlceres per pressió ha de considerar-se sempre multifactorial, amb dos elements claus:

- Les forces de pressió, fricció o cisallament.
- La disminució de la tolerància dels teixits a aquestes forces a causa de factors extrínsecs, intrínsecs o combinació de tots dos.⁴

Úlceres per pressió iatrogèniques Fig. 7: són les úlceres produïdes per un mecanisme de pressió o fricció, derivades de l'ús d'utilitatge o material empleat en un tractament.

Localitzacions més freqüents

- **Nas:** en relació amb l'ús de sistemes d'oxigenoteràpia, (mascareta, ulleres, sondes), sistemes de ventilació mecànica no invasiva (CPAP i BIPAP) i sondes nasogàstriques.
- **Orelles:** fixació del tub endotraqueal, ulleres o mascaretes d'oxigen.
- **Boca:** tub endotraqueal.
- **Coll:** fixació de les traqueotomies.
- **Tòrax i abdomen:** fixació de tubs pleurals, drenatges mediastínic, bossa de colostomia.
- **Meat urinari:** sondes vesicals.
- **Dits:** pulsioxímetre
- **Superfícies de recolzament:** utilització de cotilles, subjeccions mecàniques, embenats de guix, fèrules, braçals de tensió.



Fig 7

Estadis de les úlceres

L'estadi és un sistema de valoració que classifica les úlceres per pressió en base a la profunditat anatòmica del teixit danyat, descriu doncs l'estatus anatòmic. Només es pot estadificar una úlcera per pressió després de retirar el teixit desvitalitzat.⁵

Estadi I Fig2: Epidermis i dermis lesionades, però no destruïdes (pell vermella, rosada) que no recupera el color normal en 30 segons. En pacients amb pell fosca aquest estadi es pot detectar mitjançant la decoloració de la pell, calor, edema, induració i insensibilitat.

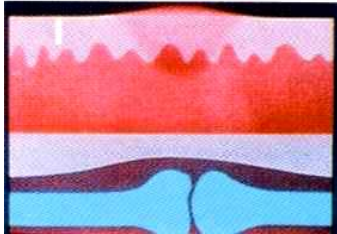


Fig 2

Estadi II Fig3: Pèrdua de continuïtat de la pell a nivell d'epidermis i capes dèrmiques. Úlcera superficial que té aspecte d'abradió, butllofa o cràter superficial. Cursa amb dolor.

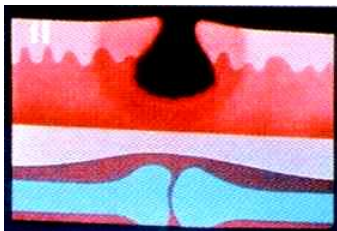


Fig 3

Estadi III Fig4: Úlcera que afecta totes les capes superficials i s'estén al teixit subcutani (pell trencada, afectació hística i presència d'exsudat). Pot aprofundir-se a un pla més intern, sense augmentar l'extensió.

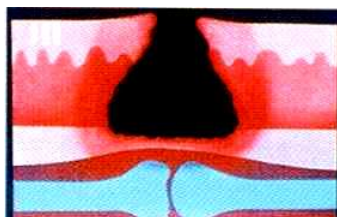


Fig 4

Estadi IV Fig5 : Pèrdua total del gruix de la pell amb destrucció extensa i necrosi del teixit que s'estén fins al múscul, ossos i articulacions amb exsudat abundant (cèl·lules dèrmiques, teixit subjacent i estructures destruïdes). En aquest estadi, les úlceres es poden complicar amb greus infeccions (osteomielitis, artritis sèptica...), que poden acabar amb sèpsia generalitzada.

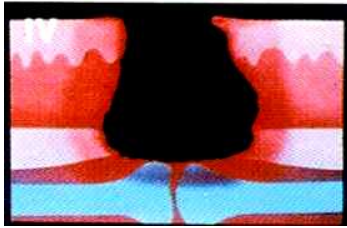


Fig 5

Úlcera amb teixit necròtic Fig 6



Fig 6

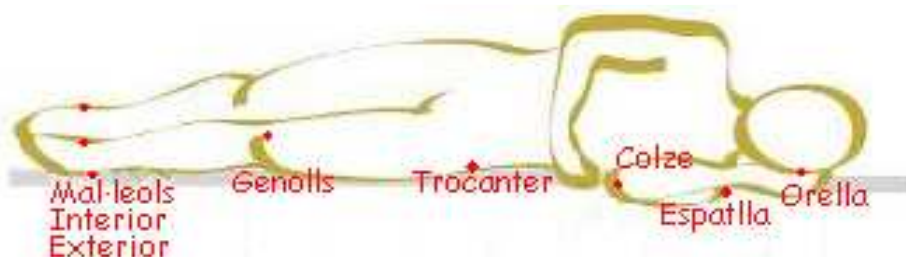
Cal tenir en compte que hi ha úlceres que no es poden classificar, són les que cursen amb lesions necròtiques del teixit cel·lular subcutani amb la pell encara íntegra, tenen l'aparença d'un blau profund.

Localitzacions més freqüents

1.- Decúbit supí:



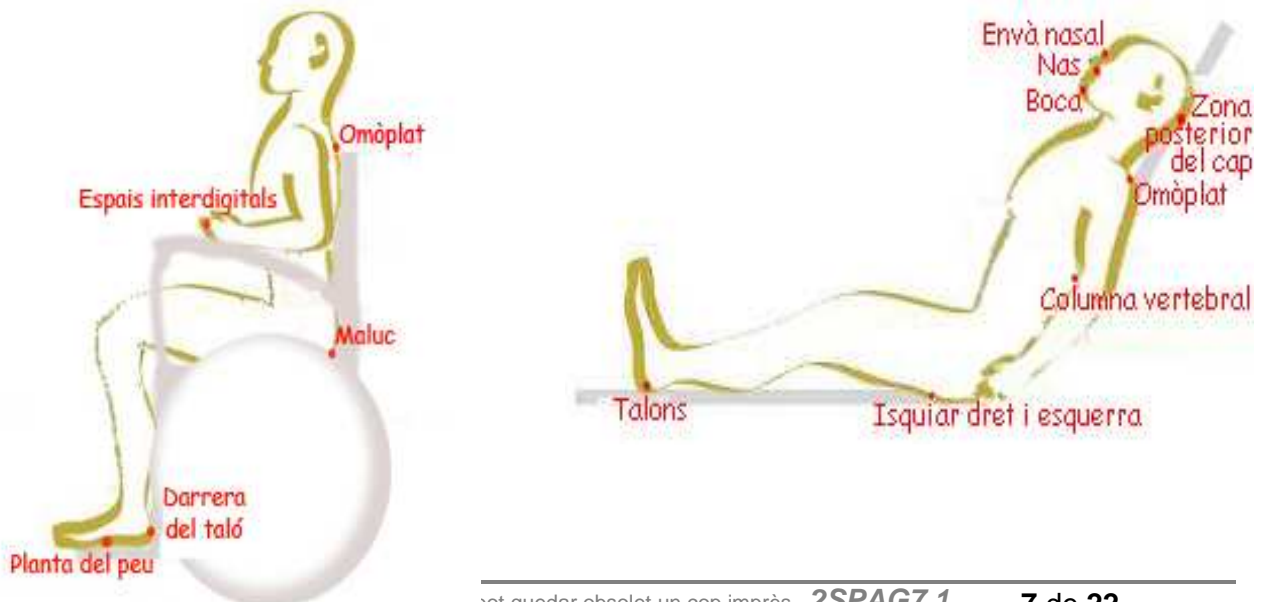
2.- Decúbit lateral:



3.- Decúbit prono:



4.-Assegut



PREVENCIÓ DE LES ÚLCERES PER PRESSIÓ

Objectius

- **Mantenir i millorar l'estat de la pell.**
- **Identificar i valorar el risc de cada pacient en desenvolupar úlceres per pressió.**
- **Mantenir el pacient en òptimes condicions per la seva posterior recuperació.**

L'/la infermer/a, a l'ingrés del malalt, ha d'efectuar una valoració dels factors de risc per dur a terme els mecanismes de prevenció que siguin necessaris ⁴ (*E.Moderada*)

Valoració dels factors de risc d'úlceres per pressió ⁶⁻⁹

Les escales de valoració del risc d'úlceres per pressió són instruments objectius que orienten a la planificació de les cures, per tant, és important una correcta identificació del risc d'aparició d'úlceres per pressió per tal d'iniciar de forma immediata, si fos necessari, el pla de prevenció.

És important que l'escala de valoració s'adapti a les necessitats del context assistencial on s'ha d'aplicar. Per garantir una major adaptabilitat en els diferents tipus de malalts al PARC DE SALUT MAR, s'utilitzen dues escales diferents:

L'escala BRADEN en malalts aguts, subaguts, i sociosanitari.

L'escala EMINA en malalts amb patologia psiquiàtrica del centre Emili Mira.

S'ha d'efectuar la valoració dels factors de risc a l'ingrés del malalt i:

- Sempre que es produeixin canvis en l'estat de salut del malalt i/o amb l'aparició de nous factors de risc.
- Setmanalment si l'estada és superior a 7 dies.

L'escala BRADEN ^{3,10} (*E.Alta*)

Valora les següents variables:

- Percepció sensorial
- Exposició a la humitat
- Activitat
- Mobilitat
- Nutrició
- Frec i perills de lesions cutànies.

El resultat de la suma de les puntuacions obtingudes en les diferents categories pot oscil·lar entre 6 i 23 punts.

ESCALA BRADEN

Risc alt: ≤12p

Risc mig: 13-14p

Risc baix: 15-16p

Sense Risc: 17- 23p.

Risc baix si >75 anys i 17-18

<p>PERCEPCIÓ SENSORIAL</p> <p>Capacitat per reaccionar davant una molèstia relacionada amb la pressió</p>	<p>1. COMPLETAMENT LIMITADA. En tenir disminuït el nivell de consciència o estar sedat, el pacient no reacciona davant d'estímuls dolorosos (queixant-se, estremint-se o engarrotant-se) o capacitat limitada de sentir dolor en la major part del seu cos.</p>	<p>2. MOLT LIMITADA. Reacciona només davant estímuls dolorosos. No pot comunicar el seu malestar excepte mitjançant gemecs o agitació, o presenta un dèficit sensorial que limita la capacitat de percebre dolor o molèsties en més de la meitat del cos.</p>	<p>3. LLEUGERAMENT LIMITADA. Reacciona davant ordres verbals però no sempre pot comunicar les seves molèsties o la necessitat que li canviïn de posició o presenta alguna dificultat sensorial que limita la seva capacitat per sentir dolor o malestar en almenys una de les seves extremitats</p>	<p>4. SENSE LIMITACIONS. Respon a ordres verbals. No presenta dèficit sensorial que pugui limitar la seva capacitat d'expressar o sentir dolor o malestar</p>
<p>HUMITAT</p> <p>Nivell d'exposició de la pell a la humitat</p>	<p>1. CONSTÀTMENT HUMIDA. La pell es troba constantment exposada a la humitat per sudoració, orina, etc. Es detecta humitat cada vegada que es mou o gira el pacient</p>	<p>2. SOVINT HUMIDA. La pell està humida, però no sempre. La roba de llit s'ha de canviar almenys una vegada cada torn.</p>	<p>3. OCASIONALMENT HUMIDA. La pell està ocasionalment humida, requerint un canvi suplementari de roba de llit aproximadament una vegada al dia.</p>	<p>4. RARAMENT HUMIDA. La pell està generalment seca. La roba de llit es canvia d'acord amb els intervals fixats per als canvis de rutina.</p>
<p>ACTIVITAT</p> <p>Nivell d'activitat física.</p>	<p>1. ENLLITAT. Pacient constantment enllitat</p>	<p>2. AMB CADIRA. Pacient que no pot caminar o amb deambulació molt limitada. No pot sostenir el seu propi pes i/o necessita ajuda per passar a una cadira o a una cadira de rodes</p>	<p>3. PASSEJA OCASIONALMENT. Passeja ocasionalment, amb o sense ajuda, durant el dia distàncies molt curtes. Passa la major part de les hores diürnes en el llit o en cadira de rodes</p>	<p>4. SENSE LIMITACIONS. Passeja fora de l'habitació almenys dues vegades al dia i dins de l'habitació almenys dues hores durant el passeig</p>
<p>MOBILITAT</p> <p>Capacitat per canviar i controlar la posició del cos.</p>	<p>1. COMPLETAMENT IMMÒBIL. Sense ajuda no pot realitzar cap canvi de la posició del cos o d'alguna extremitat</p>	<p>2. MOLT LIMITADA. Ocasionalment efectua lleugers canvis en la posició del cos o de les extremitats, però no és capaç de fer canvis freqüents o significatius de manera autònoma</p>	<p>3. LLEUGERAMENT LIMITADA. Efectua amb freqüència lleugers canvis en la posició del cos o de les extremitats de manera autònoma</p>	<p>4. SENSE LIMITACIONS. Efectua freqüentment importants canvis de posició sense ajuda</p>
<p>NUTRICIÓ</p> <p>Patró usual d'ingesta d'aliments</p>	<p>1. MOLT POBRE. Mai ingereix un menjar complet. Rarament pren més d'un terç de qualsevol aliment que se li ofereixi. Diàriament menja dos serveis o menys amb aportació proteica (carn o productes làctics). Beu pocs líquids. No pren suplementes dietètics líquids o està en dejú i/o en dieta líquida o sèrums més de cinc dies</p>	<p>2. PROBABLEMENT INADEQUADA. Rarament menja un menjar complet generalment menja només la meitat dels aliments que se li ofereixen. La ingesta proteica inclou només tres serveis de carn o productes làctics per dia. Ocasionalment pren un suplement dietètic o rep menys que la quantitat òptima d'una dieta líquida.</p>	<p>3. ADEQUADA. Pren més de la meitat de la majoria dels menjars. Menja un total de quatre serveis al dia de proteïnes (carn o productes làctics). Ocasionalment pot refusar un menjar però prendrà un suplement dietètic si se li ofereix, o rep nutrició per sonda nasogàstrica o per via parenteral, cobrint la majoria de les seves necessitats nutricionals</p>	<p>4. EXCEL·LENT. Ingereix la major part de cada menjar. Habitualment menja un total de quatre o més serveis de carn i/o productes làctics. Ocasionalment menja entre hores. No requereix suplementes dietètics</p>
<p>FREC I PERILL DE LESIONS CUTÀNIES</p>	<p>1. CONSTANT FRICCIÓ. Requereix moderada o màxima assistència per ser mogut. És impossible aixecar-lo completament sense que es produeixi un lliscament entre els llençols. Freqüentment llisca cap avall en el llit o en la cadira, requerint freqüents assistències amb màxima ajuda. L'existència d'espasticitat, contractures o agitació produeix un frec gairebé constant</p>	<p>2. FRICCIÓ OCASIONAL. Es mou molt feblement o requereix de mínima assistència. Durant els moviments, la pell probablement frega contra part dels llençols, cadira, sistemes de subjecció i altres objectes. La major part del temps manté relativament una bona posició en la cadira o en el llit, encara que en ocasions pot relliscar cap avall.</p>	<p>3. NO HI HA FRICCIÓ. Es mou en el llit i en la cadira amb independència i té suficient força muscular per aixecar-se. En tot moment manté una bona posició en el llit o en la cadira</p>	

L'escala EMINA: ⁴(E.Alt)

Valora les següents variables:

- Estat mental
- Mobilitat
- Humitat R/C Incontinència
- Nutrició
- Activitat

Aquesta escala puntua de forma creixent, de tal manera que una puntuació de:

- 0 Sense risc,
- 1-3 Risc baix,
- 4-7 Risc mig,
- 8-15 Risc alt.

Escala Emina. ¹¹

	Estat mental	Mobilitat	Humitat R/C Incontinència	Nutrició	Activitat
0	<u>Orientat</u> Pacient orientat i conscient	<u>Completa</u> Autonomia completa per canviar de posició al llit o a la cadira	<u>No</u> té control d'esfínters o porta sonda vesical permanent, o no té control d'esfínter anal però no ha defecat en 24h.	<u>Correcta</u> Pren dieta completa, nutrició enteral o parenteral adequada. Pot estar en desdijuni fins 3 dies per prova diagnòstica, intervenció quirúrgica o amb dieta sense aportació proteica. Albúmina i proteïnes amb valors iguals o superiors als estàndards de laboratori.	<u>Deambula</u> Autonomia completa per caminar.
1	<u>Desorientat, apàtic o passiu</u> Apàtic o passiu o desorientat en el temps i en l'espai. (Capaç de respondre a ordres simples)	<u>Lleument limitada</u> Pot necessitar ajut per canviar de posició o repòs absolut per prescripció mèdica.	<u>Urinària o fecal ocasional</u> Té incontinència urinària o fecal ocasional, o porta col·lector urinari o cateterisme intermitent, o tractament evacuador controlat.	<u>Ocasionalment incompleta</u> Ocasionalment deixa part de la dieta (plats proteics). Albúmina i proteïnes amb valors iguals o superiors als estàndards de laboratori.	<u>Deambula amb ajut</u> Deambula amb ajut ocasional (bastons, croses, suport humà, etc...)
2	<u>Letàrgic o hipercinètic</u> Letàrgic (no respon a ordres) o hipercinètic per agressivitat o irritabilitat.	<u>Limitació important</u> Sempre necessita ajut per canviar de posició.	<u>Urinària o fecal habitual</u> Té incontinència urinària o fecal, o tractament evacuador controlat.	<u>Incompleta</u> Diàriament deixa part de la dieta (plats proteics). Albúmina i proteïnes amb valors iguals o superiors als estàndards de laboratori.	<u>Sempre necessita ajut</u> Deambula amb ajut (bastons, croses, suport humà, etc...)
3	<u>Comatós</u> Inconscient. No respon a cap estímul. Pot ser un pacient sedat	<u>Immòbil</u> No es mou al llit ni en la cadira.	<u>Urinària i fecal</u> Té ambdues incontinències o incontinència fecal amb deposicions diarreïques freqüents.	<u>No ingesta</u> Oral, ni enteral, ni parenteral superior a 3 dies i/o desnutrició prèvia. Albúmina i proteïnes amb valors inferiors als estàndards de laboratori.	<u>No deambula</u> Pacient que no deambula. Repòs absolut.

Mecanismes de prevenció

Diagnòstic NANDA : Deteriorament de la Integritat Cutània (00047) *veure pàg. 17*

NIC Prevenir l'úlceres per pressió[3540] *veure pàg. 17*

NOC Conseqüències de la immobilitat: fisiològiques[204] *veure pàg. 17*

L'aplicació dels mecanismes de prevenció és una activitat prioritària en les cures del pacient amb risc de patir una úlcera per pressió, ja que ajudaran a evitar la seva aparició com la seva evolució en el cas que s'hagin instaurat.

Per dur a terme una bona prevenció és important aconseguir la màxima implicació del malalt i de la família en les cures.

S'ha de tenir present, que el pacient que ja ha desenvolupat una úlcera està més exposat a l'aparició de noves úlceres. En aquests malalts s'han d'extremar les mesures de prevenció.

Pacients sense risc:

- Cap prevenció, excepte que es produeixi algun canvi rellevant.

MECANISMES DE PREVENCIÓ ^{4, 12, 13, 5, 3, 10, 2}			
	P. RISC BAIX	P. RISC MIG	P. RISC ALT
Cures de la pell	<ul style="list-style-type: none"> Vigilar la higiene general diàriament. <i>(E. Baixa)</i> Aplicar AGH C/24 h i apòsits per reduir el maneig de la pressió. <i>(E. Alta)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Vigilar la higiene general d'una manera rigorosa, fent èmfasi en l'aclariment, l'eixugat i la hidratació de la pell (s'ha de fer amb una substància emol·lient.) Per reduir possibles friccions ,utilitzar apòsits protectors :hidocol·lòides(no en pells sensibles) i escumes. <i>(E. Alta)</i> 	
		<ul style="list-style-type: none"> Aplicar AGH C/12h en zones sotmeses a pressió, estenent-ho amb suaus tocs. <i>(E. Alta)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Aplicar AGH C/8-12 h en zones sotmeses a pressió, estenent-ho amb suaus tocs. <i>(E. Alta)</i>
Mobilitat	<ul style="list-style-type: none"> Mantenir la roba de llit i del pacient neta i seca i sense arrugues. Utilitzar llenceria de teixits naturals. <i>(E .Moderada)</i> Vigilar en pells fosques: tons vermells, blaus o morats, així com l'augment de la temperatura <i>(E. Molt Baixa)</i> No fer massatges sobre prominències òssies donat que ocasionen lesions capil·lars que indueixen l'aparició d'UPP. <i>(E .Moderada)</i> Vigilar l'estat de pell i mucoses (color, plec cutani, hidratació) <i>(E. Baixa)</i> No fer servir sobre la pell cap tipus d'alcohol (colònia, romani). <i>(E .Moderada)</i> Utilitzar sabons i substàncies de neteja amb potencial irritatiu baix sobre el pH de la pell. <i>(E .Moderada)</i> 		
	<ul style="list-style-type: none"> Sedestació màxim 4h. Canvis posturals cada 8 h. 	<ul style="list-style-type: none"> Sedestació màxim 4h. Canvis posturals cada 2-4h. 	<ul style="list-style-type: none"> Sedestació màxim 2h. Canvis posturals cada 2h.
Humitat	<ul style="list-style-type: none"> Hi ha patologies que dificulten o impossibiliten els canvis posturals: cirurgia cardíaca, inestabilitat hemodinàmica, obesitat mòrbida, persones que realitzen dessaturacions en els canvis posturals, politraumatitzats, intervencions neurològiques. En aquests casos no es faran els canvis posturals. <i>(E .Moderada)</i> Durant sedestació es realitzaran mobilitzacions horàries. Fomentar l'automobilització del pacient cada 15 -30 min. amb canvis de postura o pulsions (petits moviments per reduir els punts de pressió). <i>(E .Moderada)</i> Estimular la mobilització activa i passiva, la sedestació i la deambulació <i>(E .Moderada)</i> Quan un pacient estigui en sedestació i no es puguin realitzar mobilitzacions és preferible enllitar-lo 		
Nutrició	<ul style="list-style-type: none"> Valorar processos que tinguin excés d'humitat a al pell (incontinència, exsudat de la ferida, suor,...) <i>(E .Moderada)</i> Utilitzar productes de barrera que no continguin alcohol i que protegeixi la pell de l'exsudat i de l'adhesiu <i>(E .Baixa)</i> Restringir l'ús de talles absorbents (empapadors), si el malalt porta bolquers controlar que estiguin eixuts, perquè si estan humits produeixen maceració de la pell. 	<ul style="list-style-type: none"> Controlar la dieta i ingesta hídrica. 	<ul style="list-style-type: none"> Controlar la dieta i ingesta hídrica. <p>La dieta del pacient amb risc alt i amb úlceres ha de ser hiperproteica, hipercalòrica, amb vitamines aminoàcids albúmina i arginina. ² Sempre que la seva patologia ho permeti (consultar amb el metge responsable del pacient).</p>
Protecció zones de risc	<ul style="list-style-type: none"> La dieta del pacient es recomanable que garanteixi una aportació mínima de: calories (30-35 kcal./kg. pes al dia), proteïnes (1,25-1,5 gr./kg. pes al dia), aportació hídrica (1,5 l = 30 cc/kg pes al dia). Si la dieta habitual del pacient amb risc d'úlceres, no cobreix aquestes necessitats s'haurà de recorre a suplementos nutricionals hiperproteics. Sempre per prescripció mèdica <i>(E .Moderada)</i> 		
	<ul style="list-style-type: none"> Fer servir superfícies estàtiques. <i>(E. Alta)</i> Revisió dels punts de pressió iatrogènics, , tubs endotraqueals, catèters i drenatges SNG) cada 24h. 	<ul style="list-style-type: none"> Fer servir superfícies dinàmiques o superfícies estàtiques d'altres prestacions (escuma especial, viscolàstic) <i>(E. Alta)</i> Revisió dels punts de pressió iatrogènics, tubs endotraqueals, catèters i drenatges SNG) cada 12h. 	<ul style="list-style-type: none"> Fer servir superfícies dinàmiques. <i>(E. Alta)</i> Revisió dels punts de pressió iatrogènics (SNG, CV, tubs endotraqueals, catèters i drenatges) cada 8h.
Cures generals	<ul style="list-style-type: none"> Utilitzar dispositius reductors de pressió (coixins, matalàs adequat...etc) per protegir les zones de risc. Aquests dispositius no substitueixen les mobilitzacions, que s'han de realitzar cada 2-3h, respectant els horaris de son. Protecció de talons ,colzes i prominències òssies... etc, si cal, amb espumes polimèriques. <i>(E. Alta)</i> Revisar i protegir zones susceptibles a lesió per pressió local diàriament. 		
	<ul style="list-style-type: none"> Valorar la capacitat d'autocura del pacient. Registrar les intervencions a la història del malalt. Realitzar programa d'educació dirigit a pacients, cuidadors, familiars. 		

Canvis posturals

Una de les activitats més importants en la prevenció de les úlceres per pressió són els canvis posturals. Amb ells no solament s'evita una pressió prolongada sobre un mateix punt, sinó que millora el confort del malalt.

La rotació correcta dels canvis posturals en malalts immobilitzats és cada dues hores. Tenint en compte aquest criteri, l'/la infermer/a ha d'efectuar els canvis al ritme que ho pugui assolir. Si aquest, no és el que es recomana en el protocol, s'ha de deixar constància en la trajectòria, en el full de seguiment d'úlceres o registre d'activitats.

A l'hora de fer els canvis posturals:

- Valorar la necessitat d'higiene abans de mobilitzar el pacient.
- Seguir una rotació determinada dels diferents canvis.
- Repartir el pes del cos per igual, per tal d'evitar dolors musculars per contraccions de compensació.
- Intentar col·locar el capçal del llit per sota de 30º, per disminuir la pressió en la regió sacra. (E. Baixa)
- No utilitzar flotadors. ⁴ (E. Moderada).

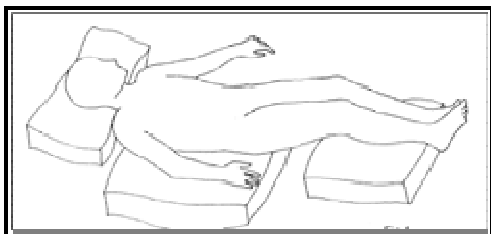
Sempre que l'estat del malalt ho permeti.

- Quan el malalt està assegut s'ha de mobilitzar cada 2 hores, tot procurant que el pes del cos no reposi sobre els mateixos punts.
- Utilitzar dispositius correctors de pressió (matalassos, coixins). ⁴ (E. Alta)
- Registrar l'horari de cada canvi per tal de donar continuïtat de cures.
- Vigilar drenatges i sondes per tal d'evitar recolzaments i fuites.

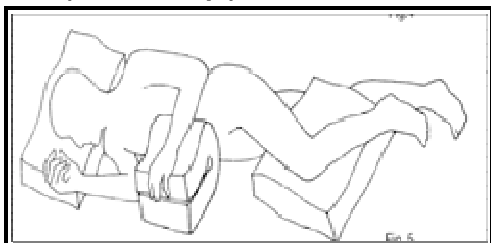
Fer-se una higiene de les mans abans i després del canvi postural.

(veure protocol Higiene de mans 2SPAG24.1).

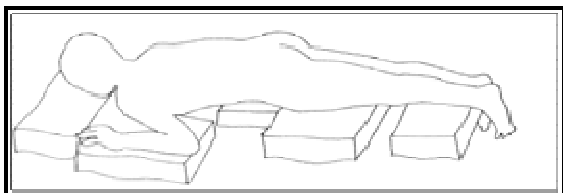
http://intranet.imas.es/media/upload/pdf//848_1494.pdf



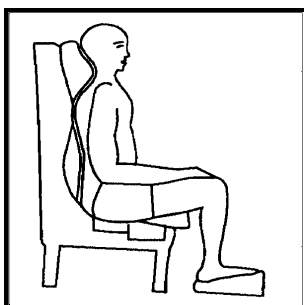
D S (decúbit supí)



D L (decúbit lateral)



DP (decúbit pron)



ASS (assegut)

- Col·locar al malalt de cap per amunt, sense elevar el cap més de 30°, sempre que no estigui contraindicat.
- Col·locar un coixí sota la regió superior de les espatlles, al coll i al cap.
- Col·locar un coixí sota les cames alçant els talons sense tocar al llit.
- Mantenir els peus en angle recte.
Posar coixins sota els braços, mantenint-los paral·lels al cos. Aquests coixins situats al costat de la zona externa de les cuixes eviten la rotació externa del maluc.¹
- Posar al malalt de costat, girant-lo en bloc, mantenint l'alineació corporal.
- Col·locar un coixí paral·lel a l'esquena mantenint l'alineació corporal i treure cap a fora l'espatlla sobre el qual es recolza el malalt.
- Col·locar coixins sota el cap i el coll del pacient.
- Col·locar tots dos braços flexionats lleugerament.
- Disposar un coixí entre les cames des de l'engonal fins al peu. Així s'aconsegueix una posició obliqua de 30° o de decúbit lateral parcial, per intentar evitar la pressió sobre l'os del maluc que es recolza al llit.¹
- Girar al malalt fins que quedi de cap per avall, col·locant el cap de costat sobre un coixí petit.
- Col·locar un altre coixí petit sota l'abdomen si fos necessari per mantenir l'esquena recta.
- Situar un coixí sota la porció inferior de les cames i col·locar els peus en angle recte.
- Col·locar els braços flexionats.
- Deixar lliure de pressió els dits dels peus, els genolls, els genitals i els pits.¹
- Utilitzar una butaca adequada, còmode, amb el respalller una mica inclinat cap a enrere.
- Col·locar un coixí o un coixí petit a la regió cervical, a la zona lumbar i sota les cames.
- Mantenir els peus en angle recte.
- Cuidar la posició dels braços, l'alineament del cos i la ubicació de sondes i bosses col·lectores.¹

NIVELL D'EVIDÈNCIA CIENTÍFICA ^{14, 4}

El sistema GRADE (Classificació de l'avaluació, desenvolupament i valoració de les recomanacions). Aquest sistema defineix la qualitat de l'evidència com el grau de confiança que tenim en que l'estimació d'un efecte és adequat per recolzar una recomanació.

La força d'una recomanació, reflecteix fins a quin punt podem confiar en la seva posada en pràctica.

El sistema GRADE utilitza les següents definicions per qualificar la qualitat de l'evidència:

E.Alta: és molt poc probable que nous estudis modifiquin la confiança que tenim en el resultat desitjat.

E.Moderada: és probable que nous estudis tinguin un impacte important en la confiança que tenim en el resultat desitjat i que aquests puguin modificar el resultat.

E.Baixa: és molt probable que nous estudis tinguin un impacte important en la confiança que tenim i que puguin modificar el resultat.

E.Molt baixa: qualsevol resultat benvolgut és molt incert.

Cal, destacar que la presència d'un nivell d'evidència Baix o Molt Baix, en moltes ocasions no és sinònim de mala evidència, sinó que simplement reflecteix la falta d'estudis que confirmin o desmenteixin el resultat.

AVALUACIÓ Indicators de Qualitat

Un indicador és una dada o un conjunt de dades que ens ajuden a mesurar objectivament l'evolució d'un procés, procediment, circuit, etc.

Tant pel compliment dels objectius del "Pla de Salut de Catalunya", com en el procés "d'Accreditació d'Hospitals" del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, i dintre de la política de seguretat de la institució del Parc de Salut Mar es demana anualment els resultats d'uns indicadors prèviament establerts, relacionats amb les UPP.

Incidència:

Mesura la proporció de persones en una població determinada que inicialment no tenien UPP i que les han desenvolupat en un període de temps determinat.

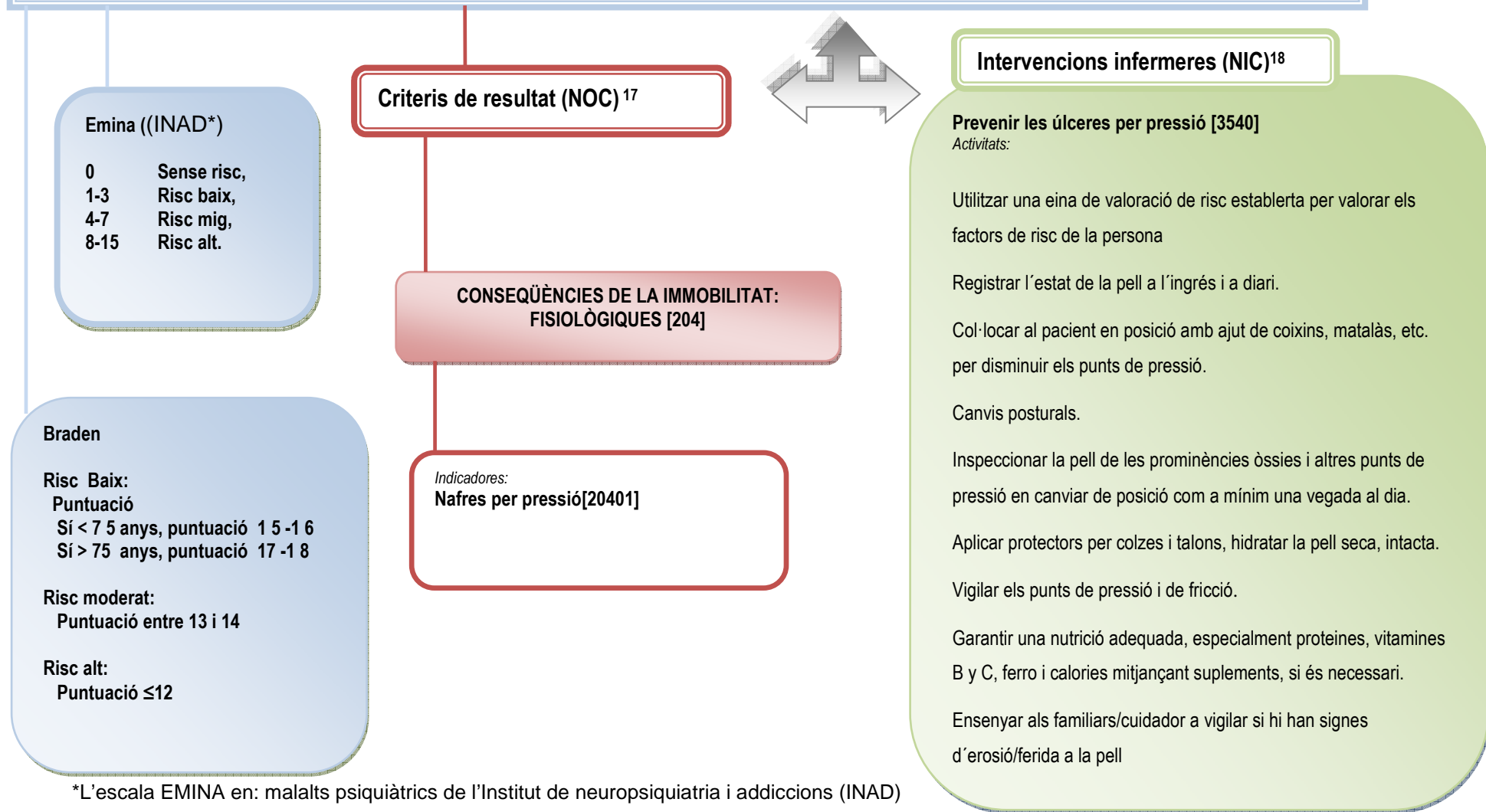
Indicadors:

- ***Percentatge de malalts que a l'ingrés s'ha fet la valoració de risc d'úlceres.***
- ***Percentatge de malalts que se'ls fa la valoració cada set dies.***

Pla de cures

Diagnòstic NANDA ¹⁶: Risc de deteriorament de la Integritat Cutània (00047)

Definició: Risc de que la pell es vegi negativament afectada



Emina ((INAD*))

0	Sense risc,
1-3	Risc baix,
4-7	Risc mig,
8-15	Risc alt.

Braden

Risc Baix:
Puntuació
Sí < 75 anys, puntuació 15-16
Sí > 75 anys, puntuació 17-18

Risc moderat:
Puntuació entre 13 i 14

Risc alt:
Puntuació ≤12

Críteris de resultat (NOC) ¹⁷

CONSEQÜÈNCIES DE LA IMMOBILITAT: FISIOLÒGIQUES [204]

Indicadores:
Nafres per pressió[20401]

Intervencions infermeres (NIC) ¹⁸

- Prevenir les úlceres per pressió [3540]**
Activitats:
- Utilitzar una eina de valoració de risc establerta per valorar els factors de risc de la persona
 - Registrar l'estat de la pell a l'ingrés i a diari.
 - Col·locar al pacient en posició amb ajut de coixins, matalàs, etc. per disminuir els punts de pressió.
 - Canvis posturals.
 - Inspeccionar la pell de les prominències òssies i altres punts de pressió en canviar de posició com a mínim una vegada al dia.
 - Aplicar protectors per colzes i talons, hidratar la pell seca, intacta.
 - Vigilar els punts de pressió i de fricció.
 - Garantir una nutrició adequada, especialment proteïnes, vitamines B y C, ferro i calories mitjançant suplementos, si és necessari.
 - Ensenyar als familiars/cuidador a vigilar si hi han signes d'erosió/ferida a la pell

*L'escala EMINA en: malalts psiquiàtrics de l'Institut de neuropsiquiatria i addiccions (INAD)

Bibliografia

- Torra i Bou J Enric. " Desbridamiento de heridas crónicas". Monografias de enfermería nº 5. 2001. Ed DrugFarma
- Torra i Bou J Enric. " Opciones a la prevención de úlceras por presión en talones". 12 Congreso de la Asociación Europea para el tratamiento de heridas. Granada 2002. EWNA
- Documento de Posicionamiento EWMA. " El dolor durante los cambios de apósito" Ed. Medical Education
- Torra i Bou J Enric. " Los profesionales de Enfermería, papel en el diagnóstico y tratamiento de UPP". 12 Congreso de la Asociación Europea para el tratamiento de heridas. Granada 2002.
- Torra i Bou J Enric. " Desbridamiento de heridas crónicas. Desbridamiento enzimático". Monografias de enfermería nº 4. 2001. Ed DrugFarma
- Soldevilla Agreda J. 2 Guía práctica en la atención de las úlceras de piel" grupo Masson, 4ª ed.
- Torra i Bou J enric "Manual de sugerencias sobre cicatrización y cura en ambiente húmedo". Ed. Por Coloplast
- Grupo de enfermería del Institut Català de la Salut. "Cuidados de enfermería para la prevención y tratamiento de úlceras por presión". 1ª ed. Mayo 2002"
- Dueñas Fuentes JR. "Cuidados de enfermería en las úlceras por presión". <http://teleline.terra.es/personal/duenas>

Bibliografía última revisió

1. **Pérez Álvarez, Amelia, y otros.** Prevención y tratamiento de las úlceras por presión. *Conselleria de Salut i Consum.Servei de Salut.Govern de les Illes Balears.* [En línea] 2007. [Citado el: 08 de Març de 2011.] <http://www.ulceras.net/publicaciones/UPP%20BALEARES.pdf>.
2. **Girón Jorcano, Gemma, et al.** Guía Clínica: Prevención y el Tratamiento de las Lesiones por Presión. *Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.* [En línea] Zaragoza. 2009. [Data: 08 / Març / 2010.] <http://www.ulceras.net/publicaciones/GUIAuppHCULozanoBlesaZaragoza09.pdf>.
3. **Martínez Angulo, Josefina, et al.** Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las úlceras por presión. *Consejería de Salud de La Rioja;Logroño.* [En línea] 2009. [Data: 15 / Diciembre / 2010.] http://www.riojasalud.es/ficheros/guia_ upp.pdf.
4. **García Fernández, Francisco Pedro, et al.** Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. *Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión.* [En línea] 2007. [Data: 05 / Febrer / 2010.] http://www.gneapp.es/app/adm/documentos-guias/archivos/21_ pdf.pdf.
5. **Centre Emili Mira.** *Protocol i tractament de nafres.* Barcelona : s.n., 2009.
6. *Valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión: uso clínico en España y metaanálisis de la efectividad de las escalas.* **Pancorbo-Hidalgo Pedro L., García-Fernández**

Francisco P., Soldevilla-Agreda J. Javier, Martínez-Cuervo Fernando. 2, Madrid : Gerkomos, 2008, Vol. 19.

7. *¿Juicio clínico o escalas de valoración para identificar a los pacientes en riesgo de desarrollar úlceras por presión?*. **Rodríguez Torres María del Carmen, Soldevilla Ágreda J. Javier.** 1, Madrid : Gerokomos, 2007,, Vol. 18.

8. **Pancorbo hidalgo, Pedro Luis, et al.** Escalas e instrumentos de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. *Documentos Técnicos GNEAUPP nº 11. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas.* Logroño. [En línea] 2009. [Data: 22 / Febre / 2010.]

http://www.gneaupp.es/app/adm/documentos-guias/archivos/19_pdf.pdf.

9. *Validación de la escala EMINA© un instrumento de valoración del riesgo* Enfermería clínica. **Fuentelsaz Gallego, Carmen,** 3, Publicado en Enferm Clin. : Elsevier, 2011, Vol. 11.

10. **Reigosa González, Isabel, y otros.** Protocolo de úlceras por presión (UPP). *Hospital Da Costa. Burela. Lugo.* [En línea] 2002. [Citado el: 26 de Març de 2010.]

http://albertoramos.es/omi/enfermeria/Protocolo_de_UPP_HCBurela.doc.

11. **Úlceras.net: Portal divulgativo sobre heridas.** [En línea] [Citado el: 25 de febrer de 2011.]

<http://www.ulceras.net/>.

12. **Sánchez Lorente, M^a Montserrat, et al.** Generalitat valenciana. Conselleria de Sanitat. *Guía de Práctica Clínica de Enfermería:Prevención Y Tratamiento De Úlceras Por Presión Y Otras Heridas Crónicas.* [En línea] 2008. [Data: 09 / Diciembre / 2009.]

<http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.3305-2008.pdf>

13. **Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP).** Directrices Generales sobre la Prevención de las Úlceras por Presión. *Logroño.* [En línea] 2003. [Citado el: 06 de Noviembre de 2009.]

<http://www.gneaupp.es/app/comunicacion-electronica/>.

14. **Alonso Coello, Pablo, et al.** La evaluación de la calidad de la evidencia y la graduación de la fuerza de las recomendaciones: el sistema GRADE. *Fisterra.Atención primaria en la red.* [En línea] [Data: 25 / noviembre / 2011.]

<http://www.fisterra.com/guias-clinicas/mas-sobre-guias/metodologia-de-elaboracion-y-diseno-de-gpc-sintesis-de-la-evidencia/>.

15. **Verdú, J i Perdomo, E.** Nutrición y Heridas Crónicas. *Documento Técnico GNEAUPP Nº XII Logroño.* [En línea] Abril / 2011.

<http://www.gneaupp.es/app/documentos-guias/noticia.asp?id=59>.

16. **NANDA International.** Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2009-2011. *Barcelona: Elsevier.* [En línea] 2009. [Citado el: 25 de Noviembre de 2011.]

www.nanda.es.

17. **Moorhead, Sue, et al.** *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).* Barcelona : ELSEVIER Mosby, 4a ed. 2008.

18. **Bulechek, G, Butcher, H y McCloskey Dochterman, J.** *Clasificación Intervenciones de Enfermería (NIC) 5ªed.* Barcelona : Elsevier Mosby, 2008.

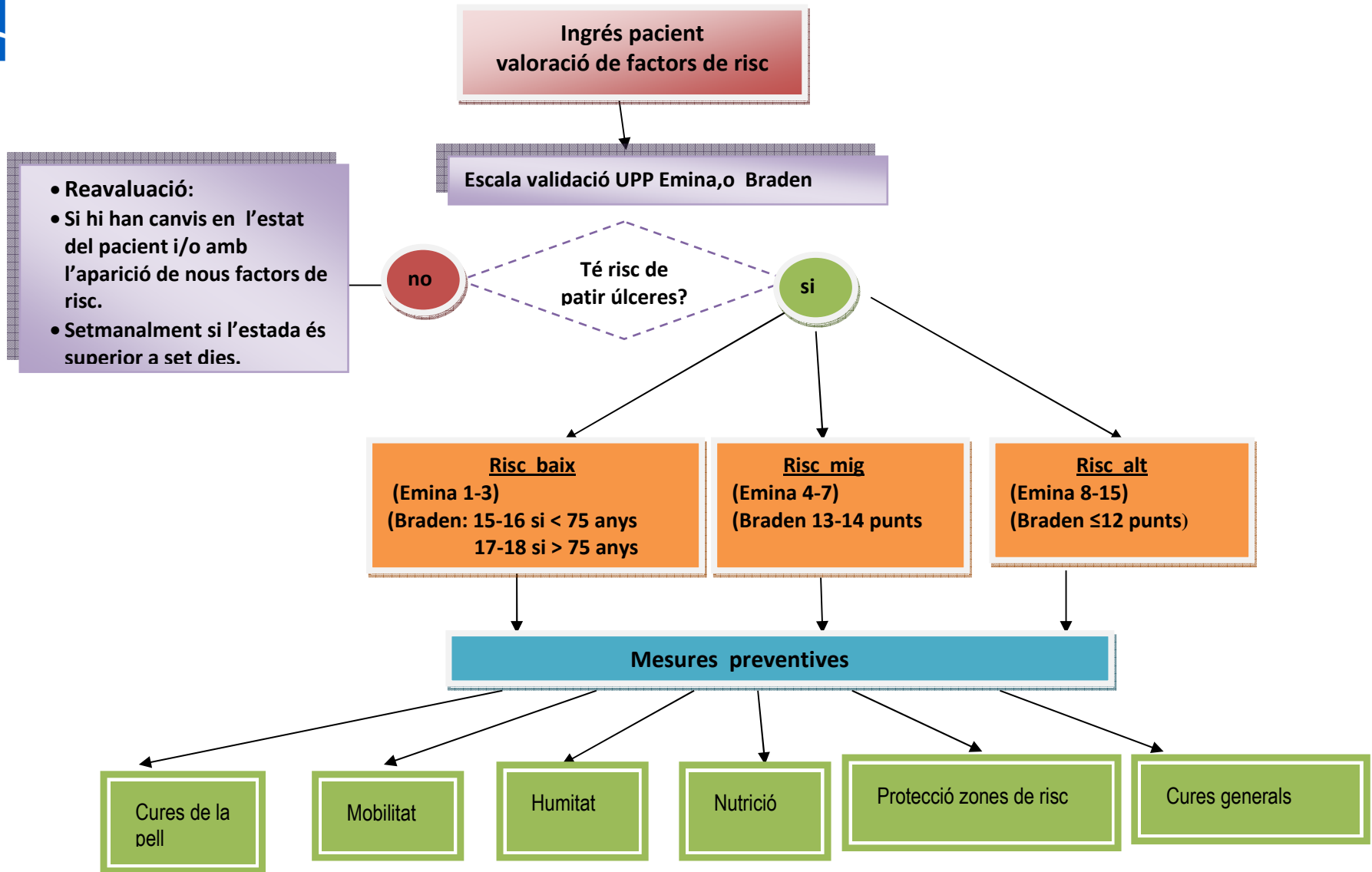
Revisat per:

Comissió Úlceres per pressió Parc de Salut Mar

- Anguera Manrique, Marta. Infermera. Cap d'àrea trastorns cognitius INAD. CAEM.
- Balaguer Blasco, Rosa M^a. Infermera. Cap d'àrea Med. Intensiva i Coronària. Hospital del Mar.
- Chercoles López, Ignacia. Infermera. Infermera Qualitat. Parc de Salut Mar.
- Esperanza Sanjuan Cuca. Infermera. Cap d'àrea de processos assistencials. Hospital de l'Esperança.
- Garreta Burriel, Marisa. Infermera. Cap d'àrea d'àmbit socio sanitari. Parc de Salut Mar.
- Garcia Salions Pilar. Infermera. Subdirectora logística. Parc de Salut Mar .
- Hernandez Garcia, Alicia Francisca. Infermera. Infermeria Qualitat. Parc de Salut Mar.
- Lasso de la Vega Panillo, Carmen . Infermera. Referent qualitat i cures. Parc de Salut Mar.
- Marcè Munné, Gemma. Infermera. Infermeria Qualitat. Parc de Salut Mar.
- Vela Cano, Francisca. Infermera. Med. Intensiva i Coronària. Hospital del Mar.
- Vilar Corrius, M^a. Jesús Infermera. Adjunta direcció infermeria. Parc de Salut Mar.

Per a qualsevol consulta referent a l'aplicació d'aquest protocol us podeu dirigir a:

- Hospital del Mar:	Francisca Vela Cano.UCI	(ext.: 3100)
	Laura López Tolosa, UH80	(ext.: 3280)
	Rosa Balaguer Blasco. UCI.	(ext.: 3097)
- Hospital de l'Esperança:	Cuca Esperanza Sanjuan.	(ext.: 25006)
	Isabel Rius Codina	(ext.: 4230)
- Centre Forum:	Marisa Garreta Burriel	(ext.: 4385)
- CAEMIL:	Marta Anguera Manrique	(ext.: 20020)
- Servei de Qualitat d'infermeria:	Ignacia Chércoles López	(ext.: 25231)



ANNEX II. PRODUCTES PER LA PREVENCIÓ DE LES ÚLCERES PER PRESSIÓ ^{2,4 12,}

PRODUCTE	INDICACIONS	CANVI	COMBINACIÓ AMB ALTRES PRODUCTES	CONTRAINDICACIONS
ÀCID GRAS HIPOXIGENAT	Prevenió Tractament estadi I	Cada 8 hores	Escuma polimèrica	
ÀPOSIT HIDROCOL·LOIDE	Prevenió Protecció de zones de fricció	Cada 72 hores o segons saturació de l'àposit. Màxim 7 dies.		No utilitzar en pells delicades, fràgils, fines
ESPUMA POLIMÈRICA	Prevenió sobre prominències òssies o zones sotmeses a pressió i/o fricció.	Màxim 7 dies.		Hipersensibilitat a algun component
PEL·LÍCULES BARRERA	Prevenió i tractament de dermatitis per incontinència. Irritació de la pell periostomal. Prevenió de maceració i irritació de la pell periulceral. Protecció de la pell periulceral de qualsevol tipus de ferida, tubs de drenatge, etc...	Fins 72 hores		Sensibilitat a algun dels seus components. No aplicar si existeixen signes d'infecció en la pell
ÒXID DE ZENC	Protecció de la pell periulceral	1-2 vegades al dia, retirar entre cada aplicació amb olis o preparats especials		Sensibilitat a algun dels seus components. No aplicar si existeixen signes d'infecció en la pell