

# ÚLCERES PER PRESSIÓ(UPP).Tractament

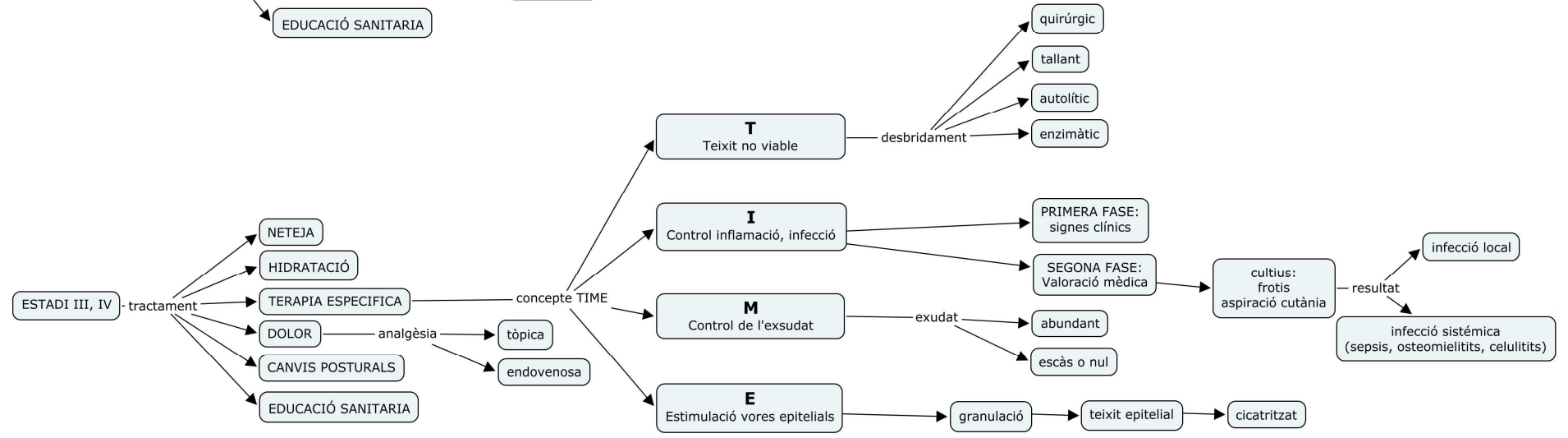
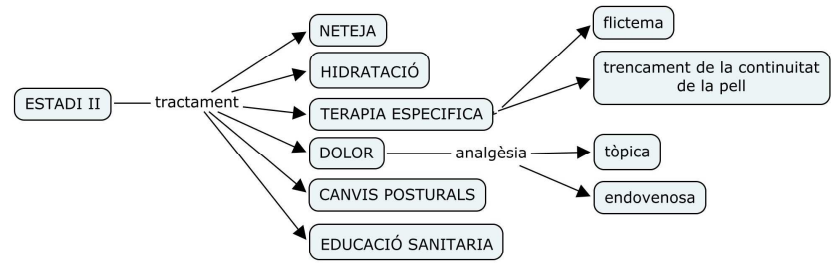
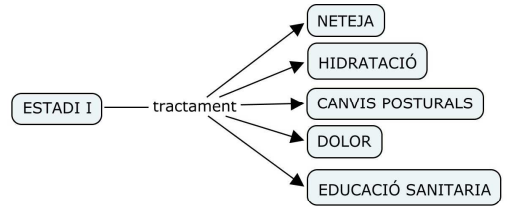
Primera emissió: maig 1988

Última revisió: març 2014

## Índex

|   |    |
|---|----|
| Mapa conceptual úlceres per pressió.....  | 2  |
| Introducció.....  | 3  |
| Objectiu.....   | 3  |
| Tractament segons estadi.....   | 4  |
| Estadi I.....   | 4  |
| Estadi II.....  | 5  |
| Estadi III i IV.....  | 7  |
| Teràpia específica.....   | 8  |
| Desbridament de la ferida necrosada o amb esfàcel.....                                | 8  |
| Control de la inflamació/ infecció.....   | 10 |
| Control de l'exsudat.....   | 11 |
| Estimulació vores epitelials.....   | 12 |
| Cura de ferides amb teràpia de pressió negativa.....                                  | 13 |
| Monitoratge de l'evolució de l'úlcer.....   | 14 |
| Cures de la pell periulceral.....   | 15 |
| Complicacions de les úlceres.....   | 16 |
| Tractament de les úlceres en pacients terminals.....                                  | 16 |
| Mesures generals durant el tractament.....  | 17 |
| Canvis posturals.....   | 18 |
| Nivell d'evidència científica.....  | 20 |
| Avaluació Indicadors de Qualitat.....   | 21 |
| Pla de cures.....   | 22 |
| Bibliografia.....   | 26 |
| Annex I. Algorisme en el tractament de les úlceres per pressió.....                   | 29 |
| Annex II. Algorisme en el maneig de la càrrega bacteriana.....                        | 30 |
| Annex III. Productes per la prevenció i el tractament de les úlceres per pressió..... | 31 |

# MAPA CONCEPTUAL ÚLCERES PER PRESSIÓ



Protocol d'actuació

## TRACTAMENT de les ÚLCERES PER PRESSIÓ

### Introducció

Les úlceres per pressió són lesions de la pell i dels teixits pròxims, d'origen isquèmic provocades 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.

El tractament més adequat de les úlceres per pressió són les cures en ambient humit (escumes, hidrogels etc) aquests han demostrat major efectivitat clínica que la cura seca tradicional (ambient sec gases) <sup>1</sup>(*E. Alta*) ja que la cura humida manté l'úlcer a en unes condicions fisiològiques i ambientals similar als teixits inferiors a l'epidermis afavorint i accelerant el seu procés de cicatrització, en no permetre la sequedat de la ferida i afavorir la migració cel·lular.

Durant el tractament de l'úlcer a, s'ha de tenir en compte les indicacions del producte que s'està aplicant. En cas que l'úlcer a evolucioni malament, abans de canviar el tractament, s'haurà de consensuar amb l'equip d'infermeria i/o amb alguna de les infermeres de referència.

### Objectiu

**Reconstruir els teixits lesionats per la pressió.**

## TRACTAMENT SEGONS L'ESTADI DE L'ÚLCERA I PLA DE CURES

### Estadi I

**Diagnòstic NANDA :** Deteriorament de la Integritat Cutània (00046) *veure pàg.22*

**NIC:** Cures de l'úlçera per pressió (3520) *Veure pàg, 22*  
Maneig Nutricional (1100) *Veure pàg 22*



**Epidermis i dermis lesionades, però no destruïdes (pell vermella, rosada amb induració, calor i dolor local) que no recuperen el color normal en 30 seg. En pacients de pell fosca, es pot detectar mitjançant la decoloració de la pell, calor, edema, induració i insensibilitat.**

Fig.1

1. **Neteja :** netejar la zona amb aigua i sabó neutre i eixugar-la bé. <sup>1</sup> (*E. Alta*).
2. **Hidratació:** amb un **àcid gras hiperoxigenat** estenent el producte fins que s'absorbeixi però sense fer massatges, cada 8 hores.
3. **Canvis posturals:** si el malalt no es mobilitza, la rotació correcta de canvis posturals és cada 2 hores. En cas de no poder assolir aquest ritme, ha de quedar en constància a la trajectòria. Per fer les mobilitzacions s'han d'utilitzar dispositius protectors de pressió (matalassos, coixins, protectors de colzes i de talons) i col·locar una **escuma polimèrica** a la zona de més risc. Amb zones de fricció es pot posar un **apòsit hidrocol·loide** (no utilitzar en pells delicades, fràgils, sensibles).
4. **Dolor:** valorar el dolor del malalt i administrar pauta analgèsica segons indicació mèdica.
5. **Educació sanitària:** donar al malalt i a la família, la informació necessària sobre el tractament<sup>1</sup>.
6. **Registre:** registrar el control i les intervencions en el registre d'activitats.<sup>2</sup> de la història clínica del malalt.

***Fer-se una higiene de les mans abans i després del procediment.***

*(veure protocol: Higiene de mans 2SPAG24.1*

[http://intranet.imas.es/media/upload/pdf//848\\_1494.pdf](http://intranet.imas.es/media/upload/pdf//848_1494.pdf)

## Estadi II

**Diagnòstic NANDA :** Deteriorament de la Integritat Cutània (00046) *veure pàg.23*

**NIC:** Cures de l'úlcer per pressió (3520) *Veure pàg.23*  
Maneig Nutricional (1100) *Veure pàg.23*



**Pèrdua de continuïtat de la pell a nivell d'epidermis i capes dèrmiques (pell tallada i/o vesícules). Úlcer superficial que té aspecte d'abradió, ampolla o cràter.<sup>1</sup> Cursa amb dolor.** Fig.2

Fig.2

- 1. Neteja :** S'ha de fer a l'inici de la cura i cada vegada que es canvia l'apòsit. Es farà amb sèrum fisiològic a raig, amb la pressió suficient per a netejar bé la ferida, (xeringa de 20-30 cc i una agulla de 19 mm. de diàmetre(IM). <sup>2</sup> (E. Moderada) Iniciar la neteja en forma d'espiral des del centre cap a fora de l'úlcer. Eixugar meticulosament la pell periulceral sense fer pressió, no eixugar el fons de la ferida.<sup>1</sup> (E.Moderada).

No utilitzar antisèptics locals (povidona iodada, clorhexidina, aigua oxigenada, àcid acètic, solució d'hipoclorit...) tots són productes de reconeguda toxicitat i agressivitat amb els granulòcits, monòcits, fibroblastos i teixit de granulació i en alguns casos el seu ús continuat pot provocar problemes sistèmics per la seva absorció en l'organisme. <sup>3</sup> (E.Moderada).
- 2. Hidratació:** a la resta de zones de risc amb un **àcid gras hiperoxigenat** estenent el producte fins que s'absorbeixi però sense fer massatges, cada 8 hores.
- 3. Terapèutica específica:** l'objectiu de la terapèutica per a la curació de l'úlcer és mantenir un mitjà humit, per tal d'afavorir el desbridament, el creixement del teixit de granulació i la cicatrització.

  - **Si hi ha flictena**, punxar i buidar-la ( no retallar ). Si l'úlcer queda coberta per la pell, posar un apòsit **escuma polimèrica**.
  - **Si s'ha trencat la continuïtat de la pell**, posar **pel·lícula barrera** i **escuma polimèrica**, aixecant l'apòsit cada 3 dies (veure indicacions del producte), per a veure l'evolució.
- 4. Dolor:** s'ha de valorar mitjançant les escales utilitzades en la institució i si és el cas fer prevenció abans de realitzar la cura del pacient, el dolor que s'ha de valorar ha de ser exclusiu de la lesió.<sup>3</sup>

### Pauta:

- Si el dolor en :
- l'escala EVA i numèrica és de 1 a 3.
  - l'escala categòrica: dolor lleu
  - l'escala de cares de Wong-Baker:



Posar crema anestèsica (Lidocaina 25%/Prilocaina 25% segons prescripció mèdica) a la pell periulceral i tapar-la durant 20-30 min. amb un apòsit <sup>1</sup> després iniciar la cura. (*E. Moderada*).

Si el dolor en: - l'escala EVA i numèrica és de 3 a 10.  
- l'escala categòrica: a partir de dolor moderat.  
- l'escala de cares de Wong-Baker a partir de:



Consultar amb el metge per l'administració de l'analgèsia per via OR, SC o EV.

Mesures per evitar el dolor:

- En el cas que no hi hagi cap contraindicació, es farà un control de l'efectivitat de l'analgèsia i dels efectes secundaris després de cada cura, deixant-ne constància en el registre d'activitats de la història clínica del malalt.
- Establir un horari reglat per realitzar les cures, perquè la medicació sigui la més efectiva possible.<sup>1</sup>
- Humitejar la zona amb sèrum fisiològic abans de retirar l'apòsit per disminuir el dolor, el sagnat i no danyar la zona periulceral.<sup>1</sup> (*E. Moderada*).
- Per treure l'apòsit sense dolor, abans d'aixecar-lo estirar els costats horitzontalment. Quan estigui ben estirat és podrà treure.

5. **Canvis posturals:** si el malalt no té mobilitat, la rotació correcta de canvis posturals és cada 2 hores. En cas de no poder assolir aquest ritme, ha de quedar constància en la trajectòria. En zones de fricció es pot posar un **apòsit hidrocol-loide** (no utilitzar en pells delicades, fràgils, sensibles).
6. **Educació sanitària:** donar al malalt i a la família la informació necessària, implicant-los, si és possible en les cures. <sup>1</sup>
7. **Registre:** registrar el control i les intervencions en el registre d'activitats de la història clínica del malalt.

***Fer-se una higiene de les mans abans i després del procediment.***

(veure protocol: *higiene de mans*2SPAG24.1

[http://intranet.imas.es/media/upload/pdf//848\\_1494.pdf](http://intranet.imas.es/media/upload/pdf//848_1494.pdf)

### Estadi III

**Diagnòstic NANDA :** Deteriorament de la Integritat Tissular (00044) *Veure pàgs, 24,25*

**NIC:** Cures de l'úlcer per pressió (35220) *Veure pàgs, 24,25.*  
Maneig Nutricional (1100) *Veure pàg.24, 25.*



Fig.3

**Úlcera que afecta totes les capes superficials i s'estén al teixit subcutani (pell trencada, afectació hística i presència d'exsudat).**

Fig.3

### Estadi IV



Fig.4

**Escara 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 generalitzades.**

Fig.4

- 1. Neteja:** S'ha de fer a l'inici de la cura i cada vegada que es canvia l'apòsit. Es farà amb sèrum fisiològic a raig amb la pressió suficient per netejar bé la ferida (xeringa de 20-30 cc i una agulla de 19 mm, (IM) <sup>2</sup> (*E. Moderada*) a una temperatura  $\pm 37^{\circ}$ . (l'activitat cel·lular es desenvolupa a  $37^{\circ}$  C, en temperatures inferiors els processos es rellenteixen. En netejar una úlcera la seva temperatura disminueix a  $22-24^{\circ}$  C). <sup>2</sup> (*E. Alta*) Iniciar la neteja en forma d'espiral des del centre cap a fora de l'úlcer. Eixugar meticulosament la pell periulceral sense fer pressió, no eixugar el fons de la ferida. <sup>1</sup>

Si l'úlcer té teixit necrosat, esfàcel o està infectada s'utilitzarà per netejar-la solució de Polihexanida i Undecilenamidopropil betainilzara.

No utilitzar antisèptics locals, (povidona iodada, clorhexidina, aigua oxigenada, àcid acètic, solució d'hipoclori, eosina) tots són productes de reconeguda toxicitat i agressivitat amb els granulòcits, monòcits, fibroblastos i teixit de granulació i en

alguns casos el seu ús continuat pot provocar problemes sistèmics per la seva absorció en l'organisme.<sup>1</sup> (*E. Moderada*).

Utilitzar antisèptic en situacions especials:

- Ferida sotmesa a desbridament tallant o quirúrgic, per la possibilitat de bacterièmia transitòria durant el procés de desbridament.
- Ferides infectades per microorganismes multiresistents.<sup>3</sup>
- En pell periulceral quan es realitza una tècnica diagnòstica invasiva, com pot ser la biòpsia, l'aspiració percutània.

L'antisèptic d'elecció **serà gluconat de clorhexidina en solució aquosa**: sobre mucoses o lesions al 0.05 -1 %. En la pell serà al 1-2%. En concentracions superiors al 4% poden lesionar els teixits.<sup>3-5</sup>

Si el pacient presenta diverses lesions i una té signes d'infecció aquesta es netejarà en últim lloc.<sup>3</sup>

2. **Hidratació**: de la resta de zones de risc amb **un àcid gras hiperoxigenat**. Valorar i tractar, si cal, la pell periulceral.
3. **Terapèutica específica**: l'objectiu de la terapèutica per a la curació de l'úlceres és mantenir un mitjà humit, actuant en la preparació del fons de la ferida. S'utilitzarà el concepte TIME (Tissue, Infection, Moisture, Edge) descrit per V.Falanga.<sup>6,3</sup>

**T**: Teixit no viable o defectuós → Desbridament.

**I**: Infecció i/o inflamació → Control de la infecció/Inflamació

**M**: Desequilibri d'humitat → Control de l'exsudat

**E**: Voltant de la ferida que no millora o debilitat → estimulació vores epitelials.

### **"T" Desbridament de la ferida necrosada o amb esfàcel**

El desbridament és un conjunt de mecanismes, dirigits a la retirada de teixits necròtics, exsudats, col·leccions seroses o purulentes i/o cossos estranys associats, és a dir, tots els teixits i materials no viables presents en el fons de la ferida.<sup>3</sup>

Si a qualsevol estadi d'úlceres hi ha necrosi o esfàcel, s'ha de desbridar. El desbridament pot ser:

- Quirúrgic. Retirada completa del teixit necròtic, realitzat en una sola sessió en sala quirúrgica. Està indicat en escares gruixudes, lesions extenses i profundes<sup>1</sup>.
- Tallant. Realitzat a peu de llit. Retirada de forma selectiva del teixit desvitalitzat en varies sessions fins nivell de teixit viable. S'utilitza tècnica estèril.<sup>1</sup>  
Si apareix hemorràgia en el desbridament quirúrgic o tallant, cal fer compressió directa, posar **apòsit hemostàtic, un apòsit d'alginat i escuma polimèrica**. De 8-24h i després iniciar cura humida.<sup>7</sup>
- Autolític. Es basa en el principi de cura humida. Utilitza enzims propis de l'organisme, aportant aigua i hidratant el teixit esfacelat o necròtic, promou l'autòlisi. S'aplicarà un **hidrogel i escuma polimèrica**.<sup>1</sup>
- Enzimàtic. S'aplicarà la **pomada enzimàtica de col·lagenasa i/o hidrogel** segons exsudat. De pomada enzimàtica se n'ha de posar molt poca



quantitat i procurant que no surti de la zona ulcerada, ja que és molt irritant per a la pell del voltant, la seva acció pot ser neutralitzada en contacte amb algunes solucions sabonoses, metalls pesats i alguns antisèptics (povidona iodada).<sup>1</sup>

Es farà la cura cada 24-48h tenint en compte les instruccions del producte. Tapar amb apòsit **escuma polimèrica**.

Aquests mètodes són compatibles entre si, de manera que caldria combinar-los per obtenir millors resultats.

- **Úlcères per pressió amb abundant esfàcel** Fig.5

Retallar l'esfàcel i col·locar **pomada enzimàtica de col·lagenasa i/o hidrogel segons exsudat** i tapar amb **escuma polimèrica**.



Fig.5

- **Úlcera tunelitzada** Fig.6

Introduir una sonda acanalada o un estilet metàl·lic estèril dins de la tunelitzacions mesurant la longitud introduïda.<sup>3</sup> En realitzar la cura serà necessari omplir-les parcialment (mes o menys per la meitat o tres quartes parts amb el producte de cura humida) per evitar que l'úlcera es tanqui en fals.<sup>2</sup> (*E. Molt baixa*).



Fig.6

- **Úlcères per pressió amb teixit necròtic** Fig.7

Netejar amb sèrum fisiològic o solució de Polihexanida i Undecilenamidopropil betainilizarà i col·locar **hidrogel i/ pomada enzimàtica de col·lagenasa** i tapar amb **escuma polimèrica**.

- Quan l'escara és dura, abans de posar la pomada, fer uns talls amb un bisturí per tal que entri bé l'hidrogel i procurar mantenir la cura 3 o 4 dies com a màxim.
- La placa necròtica seca en el taló podria no ser necessari el seu desbridament, però cal tractar-la eliminant la pressió. Si apareix edema, eritema, fluctua o drena iniciar desbridament.<sup>1</sup> (*E. Molt baixa*).



Fig.7

Si apareix hemorràgia en el desbridament quirúrgic o tallant: fer compressió directa, posar **apòsit hemostàtic**, i un **apòsit d'alginat** De 8-24h i després iniciar cura humida.<sup>7</sup>

### “I” Control de la inflamació/infecció.

Totes les úlceres estan colonitzades per bacteris, però no per això estaran infectades.<sup>8</sup> (*E. Baixa*).

- Ferida contaminada: ferida amb presència de bacteris a la seva superfície es considera que totes les ferides cròniques estan contaminades.
- Ferida colonitzada: quan a la seva superfície existeixen gèrmens contaminants que s'estan multiplicant, sense produir infecció.
- Ferida infectada: quan els microorganismes que es reproduïxen a la ferida envaeixen els teixits vius que envolten la lesió (generalment s'admet la presència de 100.000 microorganismes per gram de teixit) i produeixen alteracions dels mateixos.<sup>4</sup>

Signes clínics d'infecció són:

- Material purulent.
- Mala olor.
- Dolor.
- Inflamació, febre.

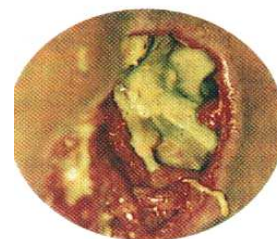


Fig.8

El diagnòstic de la infecció ha de ser fonamentalment clínic.

Les lesions sense signes aparents d'infecció, però que presenten altres signes com retard del creixement, augment de l'exsudat i del dolor, decoloració, etc. són suggeridors de colonització crítica i haurien de ser tractades com infectades.<sup>1</sup> (*E. Baixa*).

#### Cura de la ferida infectada

- Si l'exsudat és abundant cada 24-48 hores fer una neteja amb sèrum fisiològic o solució de Polihexanida i Undecilenamidopropil betainilzara i posar un apòsit d'alginat/Ag que manté la cura humida i absorbeix els exsudats, seguidament tapar-la amb una escuma polimèrica.
- Si l'exsudat és escàs o nul fer neteja amb sèrum fisiològic o solució de Polihexanida i Undecilenamidopropil betainilzara i posar apòsit de plata nanocristalina retallar l'apòsit a la mida de l'úlcer, mullar-la amb aigua (no utilitzar solució salina), posar la cara blava cap a la ferida i tapar-la amb una escuma polimèrica. Canviar l'apòsit màxim als 3 dies.
- Si la ferida fa mala olor es pot utilitzar apòsits de carbó activat i plata posar-los directament sobre la ferida (no tallar l'apòsit) i tapar amb una escuma polimèrica, si l'úlcer és poc exsudativa humitejar l'apòsit amb sèrum fisiològic.
- El temps necessari per la descontaminació del fons de la ferida, serà entre 1 i 2 setmanes.<sup>1</sup> (*E. Baixa*).
- Si l'úlcer no evoluciona favorablement, l'ha de valorar el/la metge/essa referent del malalt.
  - S'aconsella iniciar el tractament amb antibiòtic local (sempre per prescripció mèdica).
  - Si després de 2 a 4 setmanes de cures l'úlcer no guareix o continua produint traspuat es realitzarà cultius (aspiració percutània; frotis lesió mitjançant hisop tissular) y antibiograma.<sup>9</sup>(*E. Molt baixa*)<sup>1</sup> (*veure protocol: Obtenció de mostres de ferides i abscessos 2SPAG28.9*).

Només es recomana l'ús d'antibiòtics sistèmics quan existeix disseminació de la infecció (cel·lulitis, sèpsia, osteomielitis) <sup>1</sup> (*E. Alta*). Els antibiòtics sistèmics utilitzats tòpicament poden produir resistències creuades, per la qual cosa el seu ús local està contraindicat .<sup>1</sup>

Si la ferida està infectada **està contraindicat qualsevol tipus d'oclusió** (apòsits hidrocoloides).

### **“M” Control de l'exsudat** <sup>3</sup>

Les úlceres per pressió han de mantenir l'exsudat adequat perquè la lesió evolucioni cap a la seva resolució.

- Si l'exsudat és molt abundant; es produirà la inhibició de la cicatriçació i la maceració de la pell periulceral, fent que tant les cèl·lules del jaç de la ferida com de la vora no es trobin en condicions per afavorir el seu acostament. L'exsudat pot ser:
  - Seròs: és de color “claro-ambarino” amb freqüència es considera “normal”.
  - Purulent: exsudat d'aspecte “cremós”, pot indicar la presència d'infecció per contenir leucòcits i bacteris.
  - Sanguinolent o hemorràgic: de color rosat o vermellós a causa de la presència d'eritròcits, indica lesió capil·lar.
  - Verdós: pot ser indicatiu d'infecció bacteriana (*Pseudomonas aeruginosa*).
  - Groguenc o marronós: pot deure's a la presència d'esfàcels en la ferida o material procedent d'una fístula
  - Gris-blavós: pot relacionar-se amb l'ús d'apòsits que contenen plata.

L'exsudat abundant s'ha de netejar amb sèrum fisiològic o solució de Polihexanida i Undecilenamidopropil betainilzara i col·locar **un apòsit d'alginat** de manera que sobresurti al voltant de l'úlcer. Tapar amb l'**escuma polimèrica**.

- L'exsudat escàs; produeix ferides seques, en les quals hi ha una deshidratació tant de les cèl·lules del fons de la ferida com de les vores, retardant la cicatriçació.

Si l'exsudat es escàs o nul, s'ha de netejar amb sèrum fisiològic o solució de Polihexanida i Undecilenamidopropil betainilzara i col·locar **hidrogel** per cobrir bé la profunditat de la ferida. És important no posar més producte del necessari. S'ha de posar just el que càpiga sobre la ferida, i tapar amb l'**escuma polimèrica**. Mantenint-la sense destapar un màxim de 5 dies.

En els dos casos l'**escuma polimèrica** ha de sobrepassar en 2,5 – 4 cm la vora de l'úlcer. <sup>2</sup>

El canvi d'apòsit s'ha de realitzar segons els signes de saturació de l'apòsit. Es recomana canviar-lo quan l'exsudat de la lesió estigui entorn d'1-2 cm. de la vora de l'apòsit. <sup>2</sup>

### “E” Estimulació de les vores epiteliaes <sup>3</sup>

Fase final en el procés de cicatrització de l'úlçera per pressió.

Quan la ferida està completament neta granulada i en fase de cicatrització es pot posar un **apòsit estèril de col·lagen** (humitejar en sèrum fisiològic si l'úlçera està seca) i tapar-la amb l'**escuma polimèrica**. Això ajudarà a la cicatrització de la ferida.

Fases:



Teixit de granulació: teixit vermell o rosat amb una aparença granular humida i brillant Fig.9



Teixit epitelial rosat i brillant creix de les vores de la ferida cap a dins o en illots en la superfície de la mateixa Fig.10



Cicatritzat/revitalitzat, ferida recoberta d'epiteli (pell nova)

Fig.11

4. **Dolor:** s'ha de valorar mitjançant les escales utilitzades en la institució i si és el cas fer prevenció abans de realitzar la cura del pacient, el dolor que s'ha de valorar ha de ser exclusiu de la lesió.<sup>3</sup>

**Pauta:**

- Si el dolor en :
- l'escala EVA i numèrica és de 1 a 3.
  - l'escala categòrica: dolor lleu
  - l'escala de cares de Wong-Baker:



Posar crema anestèsica (Lidocaina 25%/Prilocaina 25% segons prescripció mèdica) a la pell periulceral i tapar-la durant 20-30 min. amb un apòsit <sup>1</sup> després iniciar la cura.(E. Moderada).

- Si el dolor en :
- l'escala EVA i numèrica és de 3 a 10.
  - l'escala categòrica: a partir de dolor moderat.
  - l'escala de cares de Wong-Baker a partir de:



Consultar amb el metge per l'administració de l'analgèsia per via OR, SC o EV.

- Seguir les mesures per evitar el dolor com s'indica en el grau II.
5. **Canvis posturals:** si el malalt no es mobilitza, la rotació correcta de canvis posturals és cada 2 hores. En cas de no poder assolir aquest ritme ha de quedar constància, en la trajectòria.
  6. **Educació sanitària:** donar al malalt i a la família, la informació necessària implicant-los, si és possible en les cures.<sup>1</sup>
  7. **Registre:** registrar el control i les intervencions en el registre d'activitats<sup>2</sup> de la història clínica del malalt.

*Els apòsits haurien de mantenir-se en la ferida tant temps com estigui clínicament justificat i sigui concordant amb les indicacions del producte. Els canvis freqüents i injustificats, no només no permeten una bona evolució sinó que poden empitjorar l'úlcer.*

*Fer-se una higiene de les mans abans i després del procediment.*

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

[http://intranet.imas.es/media/upload/pdf//848\\_1494.pdf](http://intranet.imas.es/media/upload/pdf//848_1494.pdf)

## CURA DE FERIDES AMB TERÀPIA DE PRESSIÓ NEGATIVA

La teràpia amb pressió negativa és un sistema de tractament que estimula la granulació i/o cicatrització de les ferides, utilitzant pressió negativa tòpica (continua o intermitent) localitzada i controlada.

L'objectiu és afavorir la cicatrització, disminuint l'edema i augmentant el teixit de granulació, disminuir el risc d'infecció i proporcionar millor confort i autonomia al malalt. *(veure protocol: Cura de ferides amb teràpia de pressió negativa 2SPAG26.3).*

[http://intranet.imas.es/media/upload/pdf//1127\\_1221.pdf](http://intranet.imas.es/media/upload/pdf//1127_1221.pdf)

## MONITORATGE DE L'EVOLUCIÓ DE L'ÚLCERA<sup>1</sup>

**NOC:** Curació de la ferida per segona intenció(1103) *veure pàg.22,23,24,25.*

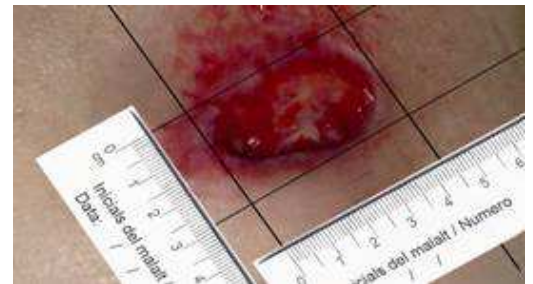
Per controlar l'evolució de l'úlceres s'ha de mesurar la mida d'aquesta coincidint amb el canvi d'apòsit. Utilitzant l'escala PUSH (Pressure Ulcer Scale for Healing).<sup>7</sup>

- Fer una mesura basal a l'ingrés del malalt si l'úlceres es extrahospitalària o quan apareix l'úlceres.
- Fer control de l'evolució de l'úlceres cada 7 dies, cada vegada que es faci la cura i s'observi un canvi en l'úlceres.
- A l'alta fer una medicació i incloure-ho en l'informe de continuïtat de cures a l'alta.

|                     | 0                            | 1                            | 2                             | 3                            | 4                         | 5                         | Dia:   |
|---------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|---------------------------|---------------------------|--------|
| Longitud x amplària | 0 cm <sup>2</sup>            | < 0,3 cm <sup>2</sup>        | 0,3 - 0,6 cm <sup>2</sup>     | 0,7 - 1 cm <sup>2</sup>      | 1,1 - 2,0 cm <sup>2</sup> | 2,1 - 3,0 cm <sup>2</sup> | Valor: |
|                     | 6<br>3,1-4,0 cm <sup>2</sup> | 7<br>4,1-8,0 cm <sup>2</sup> | 8<br>8,1-12,0 cm <sup>2</sup> | 9<br>12,1-24 cm <sup>2</sup> | 10<br>>24 cm <sup>2</sup> | Subtotal:                 |        |
| Quantitat d'exsudat | 0<br>cap                     | 1<br>lleuger                 | 2<br>moderat                  | 3<br>abundant                |                           | Subtotal:                 |        |
| Tipus de teixit     | 0<br>Tancat                  | 1<br>Teixit epitelial        | 2<br>Teixit de granulació     | 3<br>Esfàcels                | 4<br>Teixit necròtic      | Subtotal:                 |        |
|                     |                              |                              |                               |                              |                           | <b>Puntuació total:</b>   |        |

### L'escala PUSH

-Longitud x amplària: Mesurar la longitud major i l'amplària major utilitzant un regle en centímetres. Multiplicar les dues mesures per obtenir la superfície aproximada en centímetres quadrats. Úlceres amb cavitat: Utilitzar un regle en centímetres i sempre utilitzar el mateix sistema per mesurar la superfície (llargada x ample). Fig.12



-Quantitat d'exsudat: Estimar la quantitat d'exsudat (drenatge) present després de retirar l'apòsit i abans d'aplicar qualsevol agent tòpic a l'úlceres. Estimar l'exsudat com cap, lleuger, moderat o abundant.

-Tipus de teixit: Es refereix als tipus de teixits que estan presents en el jaç de l'úlceres. Valorar com:

- 4 Si hi ha algun tipus de teixit necròtic present.

Teixit necròtic (Escara seca / humida): Teixit fosc, negre o marró que s'adhereix fermament al fons o a les vores de la ferida que pot ser més forta o feble que la pell periulceral.

- 3 Si hi ha algun tipus de esfàcel present i no hi ha teixit necròtic.

Esfàcels: teixit groc o blanc que s'adhereix al fons de l'úlceres en bandes d'aspecte fibrós, blocs o en forma de teixit tou muciforme adherit.

Hi ha diferents maneres de monitorar una úlceres. En el PSMAR s'ha arribat a l'acord de fer-ho de la manera que es descriu a continuació. Si també es vol mesurar la profunditat es pot utilitzar el mètode de Walter Berg<sup>3</sup>. Aquest canvi ha de constar en la trajectòria perquè sempre s'utilitzi el mateix mètode de monitorar l'úlceres

-2 Si la ferida està neta i conté teixit de granulació.

Teixit de granulació: Teixit vermell o rosat amb una aparença granular humida i brillant.

-1 Una ferida superficial que s'estigui reepitelitzant.

Teixit epitelial: En úlceres superficials nou teixit (o pell) rosat o brillant que creix de les vores de la ferida o en illots en la superfície de la mateixa.

-0 Quan la ferida estigui tancada.

Cicatritzat/reepitelizat: la ferida està completament coberta d'epiteli (nova pell).

### CURES DE LA PELL PERIULCERAL

En qualsevol dels estadis de l'úlcer s'ha de controlar el teixit del voltant de l'úlcer, **pell periulceral**, perquè es una zona molt sensible i fàcilment irritable.<sup>3</sup>

Per protegir la pell periulceral del traspuat i altres agressions s'aconsella:

- Si la pell està íntegra, rentar amb aigua tèbia i sabó neutre. Eixugar de forma suau i hidratar amb **cremes hidronutritives i àcid gras hiperoxigenat**
  - Si la pell està lesionada, rentar la zona amb sèrum fisiològic i fer servir protectors de barrera no irritants:
    - **Pel·lícules protectores.**
    - **Pastes o cremes amb diòxid de zinc.**
- En cas d'utilitzar les pastes o cremes, retirar-les després de cada aplicació amb olis o preparats especials a base d'oli de parafina.<sup>1</sup> (*E. Baixa*).

Tipus de pell periulceral:



Fig. 13  
Pell íntegra 13: La pell no presenta cap problema

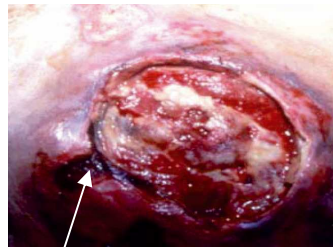


Fig. 14  
Pell amb laceracions 14



Fig. 15  
Pell macerada (15): Es produeix en estar en contacte amb un mitjà humit. Blanca, humida, amb epidermis que s'elimina

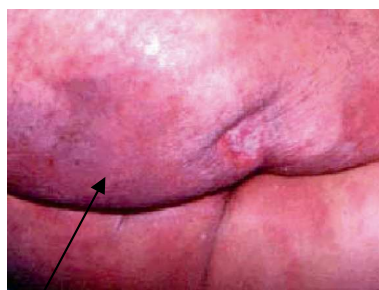


Fig. 16  
Pell Eczematosa(16,17): Importants signes de descamació, presència de vesícules, cel·lulitis o picor



Fig. 17

## COMPLICACIONS DE LES ÚLCERES<sup>4</sup>

- Cel·lulitis: Infecció que afecta a parts toves profundes i que es pot estendre molt ràpidament. S'observa eritema, dolor, calor i pot aparèixer febre. En casos greus d'infecció poden aparèixer símptomes com a vesícules, pústules, ulceració i necrosi que afecten a la fàscia muscular i a la musculatura.
- Osteomielitis: Complicació infecciosa d'algunes úlceres que afecta a l'os adjacent de la lesió. Un factor de risc són les úlceres en les quals l'os està exposat. Cursa amb signes inflamatoris però de vegades és asimptomàtica.
- Sèpsia: és un síndrome de resposta inflamatòria sistèmica, provocat per una infecció greu. Els símptomes són febre, taquicàrdia, hipotensió, anorèxia, desorientació i letargia. El tractament serà amb antibiòtics sistèmics
- Hipergranulació (fig18): és un excés de teixit de granulació, s'aconsella tractar amb **nitrat de plata**, **pomada de Corticoides** <sup>2</sup> sempre per prescripció mèdica

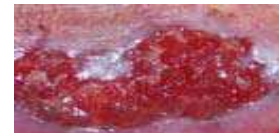


Fig 18

## TRACTAMENTS DE LES ÚLCERES EN PACIENTS TERMINALS<sup>8,10</sup>

Quan el malalt es troba en fase terminal presenta un risc molt alt d'aparició d'úlceres per pressió, en aquests casos són molt importants les mesures de prevenció, que impedeixin la seva aparició.

Si el malalt ja presenta úlceres per pressió les activitats a realitzar vindran determinades per l'estat general del malalt, la seva qualitat de vida i el seu pronòstic, sempre tenint en compte la filosofia paliativa de cuidar a una persona proporcionant-li el màxim confort i evitant les molèsties possibles.

Per això es planteja:

- Marcar objectius realistes, evitant sempre que sigui possible tècniques agressives i el dolor.
- Evitar la infecció de les lesions i l'olor.
- Usar apòsits que permetin espaiar al màxim les cures.

L'objectiu serà proveir confort a través de l'ús d'analgèsic, selecció de superfícies especials de suport i apòsits apropiats.



## Mesures generals durant el tractament

- Per tal d'avaluar la curació de l'úlceres i l'eficàcia del pla terapèutic, s'ha d'avaluar la seva evolució cada vegada que s'aixequi l'apòsit i enregistrar el resultat.

En monitorar l'evolució de les úlceres per pressió s'ha de tenir en compte que aquestes no reverteixen l'estadi. Les úlceres per pressió cicatritzen cap a una menor profunditat, però no es produeix una substitució del múscul, teixit cel·lular subcutani, o dermis destruïts fins que no té lloc la revitalització. Mentrestant, el fons de l'úlceres és emplenat per teixit de granulació (cicatriu) compost principalment per cèl·lules endotelials, fibroblastos, col·lagen i matriu extracel·lular. Una úlceres d'estadi IV no pot passar a ser d'estadi III, estadi II i/o conseqüentment estadi I. Quan una úlceres d'estadi IV ha cicatritzat hauria de ser classificada com una úlceres d'estadi IV cicatritzada i no com una úlceres d'estadi 0. <sup>1</sup>

- Evitar, si és possible, que el malalt es recolzi sobre el fons de l'úlceres, per no interferir en la seva curació. Si es fa, ha de ser en períodes limitats (p.e. durant els àpats). <sup>6</sup>
- No s'han de fer massatges, ja que hi ha estudis que assegurin que els massatges poden estendre el teixit necrosat de la zona de pressió. <sup>3</sup>(E. Baixa)
- És important valorar si el malalt té dolor a causa de l'úlceres, per tal de proporcionar-li l'analgèsia adequada. S'ha de tenir en compte que el dolor pot aparèixer o ser especialment agut durant la cura.
- La nutrició i hidratació són elements claus per la curació i cicatrització de les úlceres, és important controlar la dieta i la ingesta hídrica.(veure *protocol2SPAG7.1*).  
[http://intranet.imas.es/media/upload/pdf//821\\_885.pdf](http://intranet.imas.es/media/upload/pdf//821_885.pdf).

**Només s'ha d'utilitzar antisèptic en situacions especials: el d'elecció serà el gluconat de clorhexidina en solució aquosa** (veure pag.8 del protocol).

***Els antisèptics locals (povidona iodada, clorhexidina, aigua oxigenada, àcid acètic, solució d'hipoclorit i eosina ) són productes de reconeguda toxicitat i agressivitat amb els granulòcits, monòcits, fibroblastos i teixit de granulació i en alguns casos el seu ús continuat pot provocar problemes sistèmics per la seva absorció en l'organisme.***

***ÉS IMPORTANT: Fer-se una higiene de les mans abans i després del procediment.*** (veure *protocol: Higiene de mans2SPAG24.1*)

[http://intranet.imas.es/media/upload/pdf//848\\_1494.pdf](http://intranet.imas.es/media/upload/pdf//848_1494.pdf)

## Canvis posturals

Una de les activitats més important en la prevenció i tractament 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.

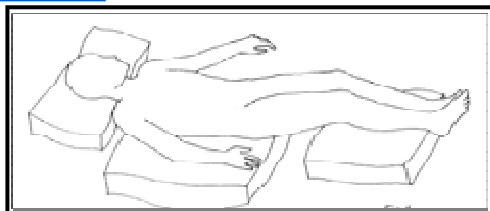
La rotació correcta dels canvis posturals en malalts immobilitzats és cada dues hores. Tenint en compte aquest criteri, l'/la infermer/a ha d'efectuar els canvis al ritme que ho pugui assolir. Si aquest, no és el que es recomana en el protocol, s'ha de deixar constància en el registre d'activitats de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

A l'hora de fer els canvis posturals:

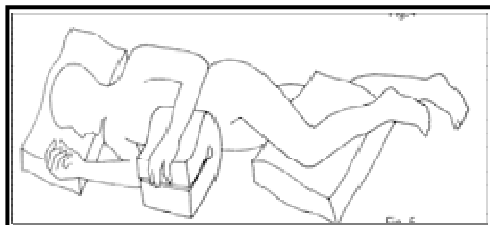
- Valorar la necessitat d'higiene abans de mobilitzar el malalt.
- Seguir una rotació determinada dels diferents canvis.
- Repartir el pes del cos per igual, per tal d'evitar dolors musculars per contraccions de compensació.
- Intentar col·locar el capçal del llit per sota de 30º, per disminuir la pressió en la regió sacra.<sup>1</sup> (*E. Baixa*).
- No utilitzar flotadors.<sup>1</sup> (*E. Moderada*).

Sempre que l'estat del malalt ho permeti.

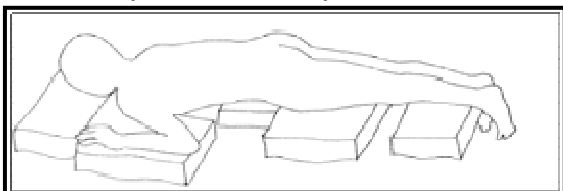
- Quan el malalt està assegut s'ha de mobilitzar cada 2 hores, tot procurant que el pes del cos no reposi sobre els mateixos punts.
- Utilitzar dispositius correctors de pressió (matalassos, coixins).<sup>1</sup> (*E. Alta*).
- Registrar l'horari de cada canvi per tal de donar continuïtat de cures.
- Vigilar drenatges i sondes per tal d'evitar recolzaments i fuites.



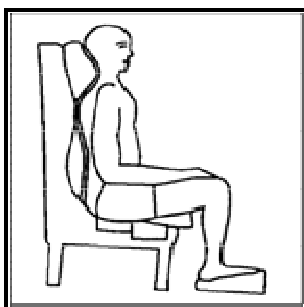
**D S (decúbit supí)**



**D L (decúbit lateral)**



**DP (decúbit pron)**



**ASS (assegut)**

- Posar al malalt de costat, girant-lo en bloc, mantenint l'alineació corporal
- 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. <sup>11</sup>
- 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 malalt.
- 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. <sup>11</sup>
- 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-li un coixí sota la porció inferior de les cames i col·locar-li 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. <sup>11</sup>
- 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. <sup>11</sup>

## NIVELL D'EVIDÈNCIA CIENTÍFICA <sup>1, 12</sup>

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 desitjat 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.

### Indicadors :

#### Prevalença:

La prevalença mesura la proporció de persones en una població determinada que presenten UPP en un moment determinat.

- ***Percentatge de malalts que presenten UPP durant el període d'estudi***

#### 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.

- ***Percentatge de malalts que inicialment no té UPP i que en desenvolupen alguna.***

#### Indicadors de procés:

- ***Percentatge de malalts ulcerats segons el risc.***
- ***Nombre d'úlceres per malalts ulcerats.***
- ***Percentatge d'úlceres segons la gravetat (estadi I, II, III, IV).***
- ***Percentatge d'úlceres que han progressat negativament.***
- ***Percentatge de curació d'úlceres durant l'ingrés.***

# Pla de cures

## Diagnòstic NANDA<sup>14</sup>: Deteriorament de la Integritat Cutània (00046)

Definició: Alteració de la epidermis, dermis o ambdues

### ESTADI I

Epidermis i dermis lesionades, però no destruïdes (pell vermella, rosada amb induració, calor i dolor local) que no recuperen el color normal en 30 seg. En pacients de pell fosca, es pot detectar mitjançant la decoloració de la pell, calor, edema, induració i insensibilitat

### Críteris de resultat NOC<sup>13</sup>

#### Curació de la ferida per segona intenció

Indicadors:

110301 Granulació  
110321 Disminució mida de la ferida

Indicadors:

110303 Secreció purulenta  
110307 Eritema cutàni circumdant  
110310 Flictema cutània  
110311 Pell macerada  
110312 Necrosis  
110322 Inflamació de la ferida

#### Estat nutricional (1004)

100402 Ingesta alimentaria  
100408 Ingesta de líquids

### Intervencions infermeres (NIC)<sup>15</sup>

#### Cures de l'úlcer per pressió (3520)

Activitats:

Valorar l'estadi úlcer  
Estat de la pell circumdat  
Cura d'úlcer segons protocol  
Cura d'úlcer fora protocol  
Donar al malalt i a la família, la informació necessària sobre el tractament

#### Maneig Nutricional (1100)

Activitats:

Ajustar la dieta a l'estil de vida del pacient  
Pesar al pacient  
Proporcionar informació adequada sobre les necessitats nutricionals i manera de satisfer-les.  
Proporcionar al pacient aliments nutritius.  
Rics en calories i proteïnes i begudes fàcils de consumir

## Diagnòstic NANDA <sup>14</sup>: Deteriorament de la Integritat Cutània (00046)

Definició: Alteració de la superfície de la pell (epidermis)

### Críteris de resultat NOC <sup>13</sup>

#### Curació de la ferida per segona intenció (1103)

Indicadores:

Escala: Cap fins a extens

110301 Granulació

110321 Disminució mida de la ferida

Indicadores:

Escala: Extens fins a Cap

110303 Secreció purulenta

110307 Eritema cutàni circumdant

110310 Flictema cutània

110311 Pell macerada

110312 Necrosis

#### Estat nutricional (1004)

100402 Ingesta alimentaria

100408 Ingesta de líquids

#### Satisfacció del malalt/usuari: maneig del dolor (3016)

301601 Dolor controlat

301604 Accions preses per alleujar el dolor

### Intervencions infermeres (NIC) <sup>15</sup>

#### Cures de l'úlcer per pressió (35220)

Activitats:

Valorar l'estadi úlcer

Estat de la pell circumdat

Cura d'úlcer segons protocol

Cura d'úlcer fora protocol

Registrar grau de dolor durant la cura

Administrar analgèsia

Donar al malalt i a la família, la informació necessària sobre el tractament

#### Maneig Nutricional (1100)

Activitats:

Ajustar la dieta a l'estil de vida del pacient

Pesar al pacient

Proporcionar informació adequada sobre les necessitats nutricionals i manera de satisfer-les.

Proporcionar al pacient aliments nutritius.

Rics en calories i proteïnes i begudes fàcils de consumir.

### ESTADI II

Pèrdua de continuïtat de la pell a nivell d'epidermis i capes dèrmiques (pell tallada i/o vesícules).

Úlcer superficial que té aspecte d'abradió, ampolla o cràter.<sup>1</sup>

Cursa amb dolor

## Diagnòstic NANDA<sup>14</sup>: Deteriorament de la Integritat Tissular (00044)

Definició: Lesió de les membranes mucosa o corneal, integumentària o del teixits subcutanis

### Estadi III

Úlcera que afecta a totes les capes superficials i s'estén al teixit subcutàni (pell trencada, afectació hística i presència d'exudat)

### Críteris de resultat NOC<sup>13</sup>

#### Curació de la ferida per segona intenció (1103)

*Indicadores:*  
Escala: Cap fins a extens  
**110301 Granulació**  
**110321 Disminució mida de la ferida**

*Indicadores:*  
Escala: Extens fins a Cap  
**110303 Secreció purulenta**  
**110307 Eritema cutàni circumdant**  
**110310 Flictema cutània**  
**110311 Pell macerada**  
**110312 Necrosis**

#### Estat nutricional (1004)

**100402 Ingesta alimentaria**  
**100408 Ingesta de líquids**

#### Satisfacció del malalt/usuari: maneig del dolor (3016)

**301601 Dolor controlat**  
**301604 Accions preses per alleujar el dolor**

### Intervencions infermeres (NIC)<sup>15</sup>

#### Cures de l'úlcer per pressió (35220)

*Activitats:*

- Valorar l'estadi úlcer
- Estat de la pell circumdat
- Cura d'úlcer segons protocol
- Cura d'úlcer fora protocol
- Registrar grau de dolor durant la cura
- Administrar analgèsia
- Donar al malalt i a la família, la informació necessària sobre el tractament

#### Maneig Nutricional (1100)

*Activitats:*

- Ajustar la dieta a l'estil de vida del pacient
- Pesar el pacient
- Proporcionar informació adequada sobre les necessitats nutricionals i manera de satisfer-les.
- Proporcionar al pacient aliments nutritius rics en calories i proteïnes i begudes fàcils de consumir.



## Diagnòstic NANDA<sup>14</sup>: Deteriorament de la Integritat Tissular (00044)

Definició: Lesió de les membranes mucosa o corneal, integumentària o del teixits subcutanis

### ESTADI IV

Escara 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 sèpsies generalitzades

### Críteris de resultat NOC<sup>13</sup>

#### Curació de la ferida per segona intenció (1103)

Indicadores:  
Escala: Cap fins a extens  
110301 Granulació  
110321 Disminució mida de la ferida

Indicadores:  
Escala: Extens fins a Cap  
110303 Secreció purulenta  
110307 Eritema cutàni circumdant  
110310 Flictema cutània  
110311 Pell macerada  
110312 Necrosis

#### Estat nutricional (1004)

100402 Ingesta alimentaria  
100408 Ingesta de líquids

#### Satisfacció del malalt/usuari: maneig del dolor (3016)

301601 Dolor controlat  
301604 Accions preses per alleujar el dolor

### Intervencions infermeres<sup>15</sup> (NIC)

#### Cures de l'úlcer per pressió (35220)

Activitats:

Valorar l'estadi úlcer  
Estat de la pell circumdat  
Cura d' úlcer segons protocol  
Cura d'úlcer fora protocol  
Registrar grau de dolor durant la cura  
Administrar analgèsia  
Donar al malalt i a la família, la informació necessària sobre el tractament

#### Maneig Nutricional (1100)

Activitats:

Ajustar la dieta a l'estil de vida del pacient  
Pesar el pacient  
Proporcionar informació adequada sobre les necessitats nutricionals i manera de satisfer-les.  
Proporcionar al pacient aliments nutritius, rics en calories i proteïnes i begudes fàcils de consumir

## 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 d'úlceras por presion 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 diagnostico y tratamiento de UPP". 12 Congreso de la Asociacion 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 cicacritación y cura en ambiente húmedo". Ed. Por Coloplast
- Casamada N. " Guía práctica de la utilización de antisépticos en el cuidado de heridas" Ed Lab Salvat. 1ª ed 2002
- Grupo de enfermería del Institut Català de la Salut. "Cuidados de enfermería para la prevención y tratamiento de ulceras por presion". 1ª ed. Mayo 2002
- Internet. GNEAUPP. " [www.gneaup.org](http://www.gneaup.org)"
- Dueñas Fuentres JR. "Cuidados de enfermería en las úlceras por presión". <http://teleline.terra.es/personal/duenas>

## Bibliografía última revisió

1. **García Fernández, Francisco Pedro, et al.** Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. *Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.* [En línea] 2007. [Data: 05 / Febrer / 2010.]  
<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../publicaciones/datos/283/pdf/Guiacuidados.pdf>.
2. **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: 25 / Noviembre / 2010.]  
[http://www.riojasalud.es/ficheros/guia\\_upp.pdf](http://www.riojasalud.es/ficheros/guia_upp.pdf).
3. **Girón Jorcana, Gemma, et al.** Guía Clínica: Prevención y el Tratamiento de las Lesiones por Presión. *Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.* [En línea] Gener / Zaragoza 2009. [Data: 4 / Gener / 2011.]  
<http://www.ulceras.net/publicaciones/GUIAuppHCULOzanoBlesaZaragoza09.pdf>.
4. **Blasco Gil, Silvia, et al.** Guía clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. *Hospital Comarcal de Alcañiz.* [En línea] Febrer / 2007. [Data: 22 / Noviembre / 2010.]  
[http://www.gneaupp.es/app/adm/documentos-guias/archivos/39\\_pdf.pdf](http://www.gneaupp.es/app/adm/documentos-guias/archivos/39_pdf.pdf).

5. **García Cebrián, Enriqueta, et al.** Guía para El Cuidado de las Úlceras. *Complejo Hospitalario Universitario De Albacete*. [En línia] 2006. [Data: 11 / Abril / 2010.]  
[http://www.gneaupp.es/app/adm/documentos-guias/archivos/56\\_pdf.pdf](http://www.gneaupp.es/app/adm/documentos-guias/archivos/56_pdf.pdf).
6. **Centre Emili Mirà.** *Protocol de prevenció i tractament de nafre*. Barcelona : s.n., 2009.
7. **Sánchez Lorente, M<sup>a</sup> Montserrat, et al.** Guía de Práctica Clínica de Enfermería:Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión y otras Heridas Crónicas. *Generalitat valenciana. Conselleria de Sanitat*. [En línia] 2008. [Data: 09 / Desembre / 2009.]  
<http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.3305-2008.pdf>.
8. **Reigosa González, Isabel, et al.** Protocolo de úlceras por presión (UPP). *Hospital Da Costa. Burela. Lugo*. [En línia] 2002. [Data: 26 / Març / 2010.]  
[http://albertoramos.es/omi/enfermeria/Protocolo\\_de\\_UPP\\_HCBurela.doc](http://albertoramos.es/omi/enfermeria/Protocolo_de_UPP_HCBurela.doc).
9. **Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión.** Documentos Técnicos Gneaupp. Documento IV. Obtención de Muestras. [En línia] 2003. [Data: 06 / Novembre / 2009.]  
<http://www.gneaupp.es/app/comunicacion-electronica/>.
10. **Cacicedo González, Raquel, et al.** Prevención y Cuidados Locales de Heridas Crónicas. *Servicio Cántabro de Salud*. [En línia] Enero / 2011. [Data: 15 / Desembre / 2011.]  
[http://www.gneaupp.es/app/adm/documentos-guias/archivos/40\\_pdf.pdf](http://www.gneaupp.es/app/adm/documentos-guias/archivos/40_pdf.pdf).
11. **Pérez Álvarez, Amelia, et al.** Prevención y tratamiento de las úlceras por presión. *Conselleria de Salut i Consum. Servei de Salut. Govern de les Illes Balears*. [En línia] 2007. [Data: 08 / Març / 2011.]  
<http://www.ulceras.net/publicaciones/UPP%20BALEARES.pdf>.
12. **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 línia] [Data: 15 / Novembre / 2011.]  
<http://www.fisterra.com/guias-clinicas/mas-sobre-guias/metodologia-de-elaboracion-y-diseno-de-gpc-sintesis-de-la-evidencia/>.
13. **Moorhead, Sue, et al.** *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. Barcelona : ELSEVIER Mosby, 4a ed. 2008.
14. **NANDA International.** Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2009-2011. *Barcelona: Elsevier*. [En línia] 2009. [Data: 25 / Novembre / 2011.]  
[www.nanda.es](http://www.nanda.es).
15. **Bulechek, G, Butcher, H i McCloskey Dochterman, J.** *Clasificación Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 5ª ed. Barcelona : Elsevier Mosby, 2008.
16. **Úlceras.net: Portal divulgativo sobre heridas.** [En línia] [Data: 25 / Febrer / 2011.]  
<http://www.ulceras.net/>.

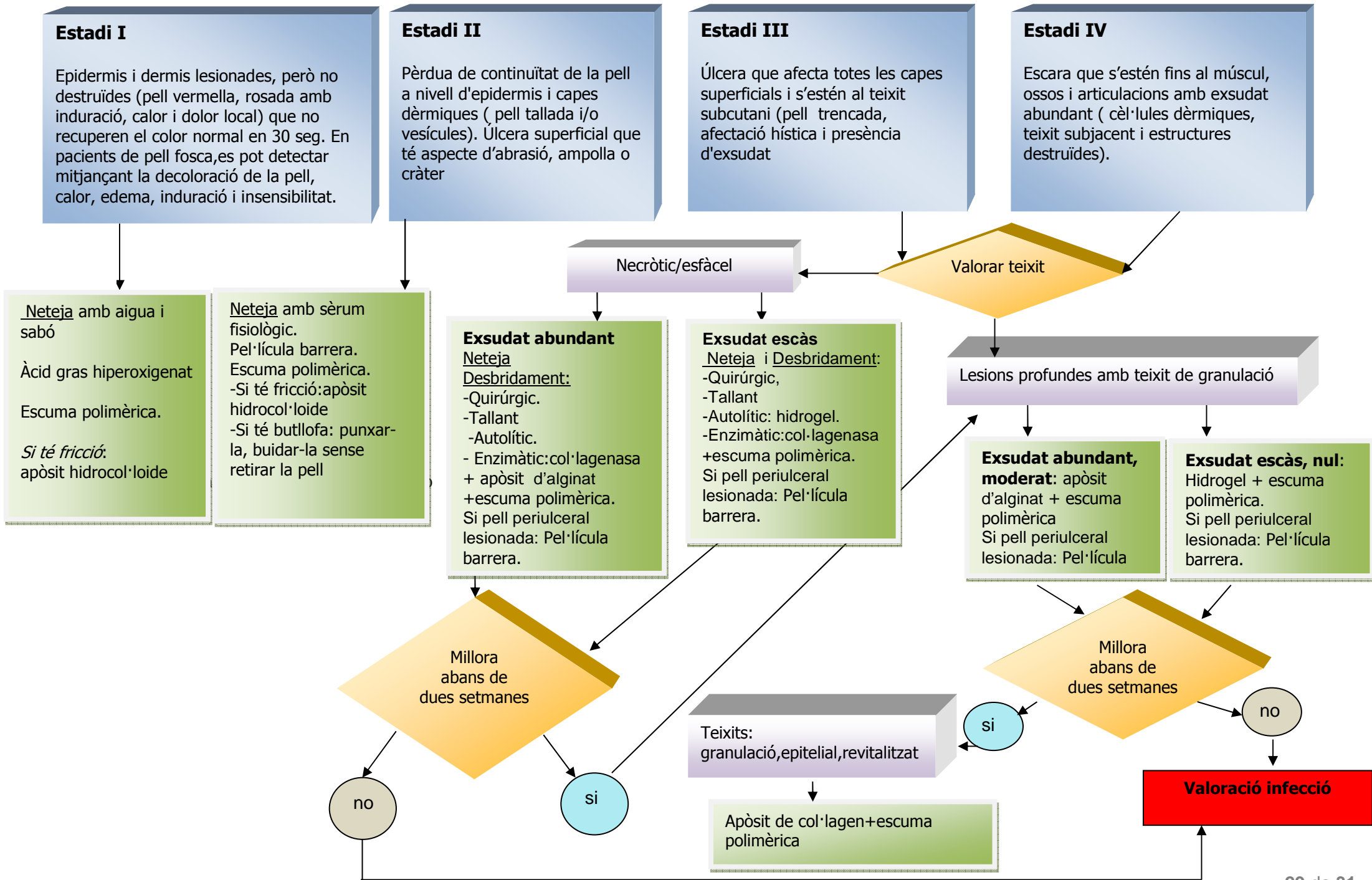
Revisat per:

### Comissió Úlceres per pressió Parc de Salut Mar

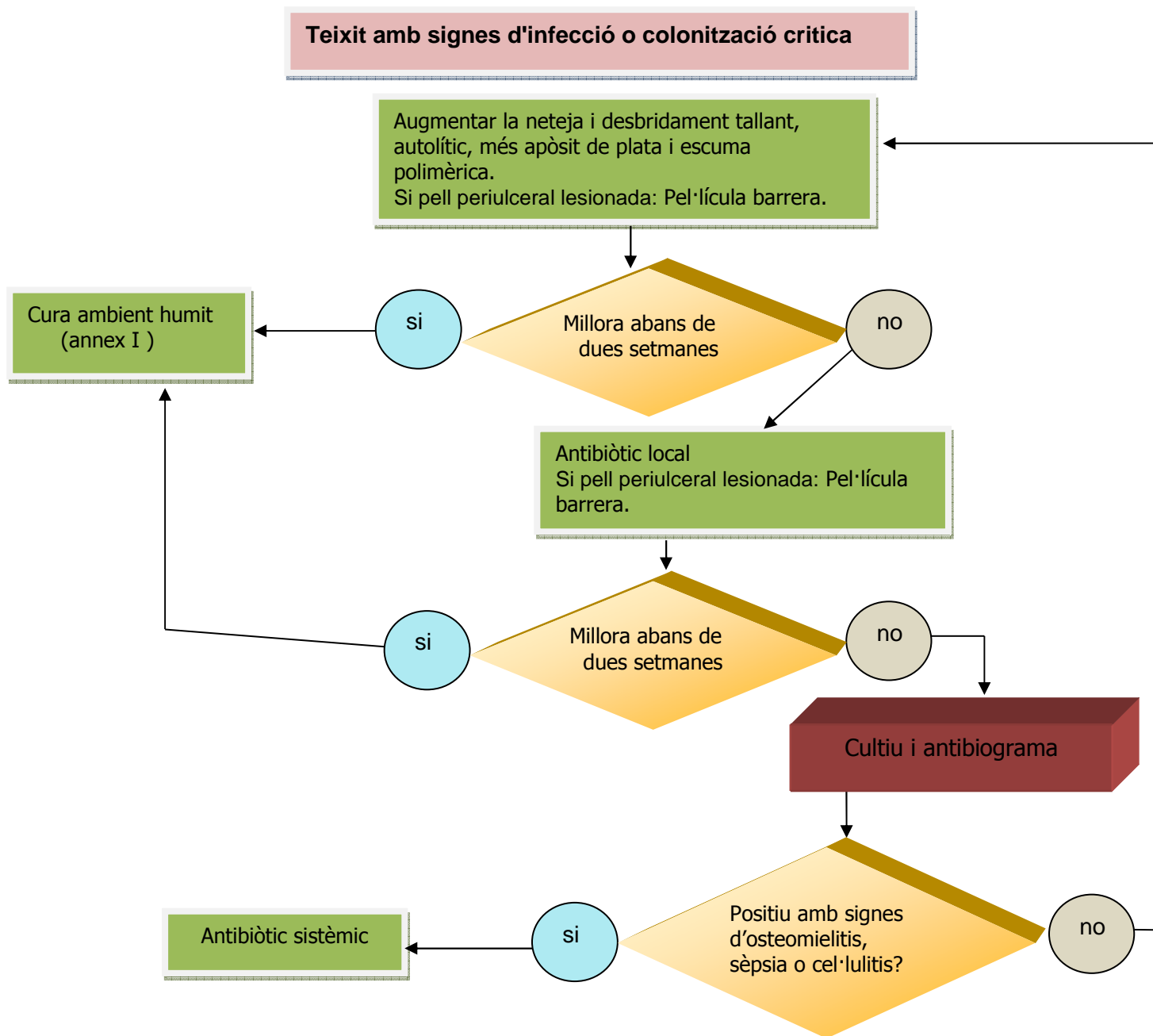
- Anguera Manrique, Marta. Infermera. Cap d'àrea trastorns cognitius INAD. CAEM.
- Balaguer Blasco, Rosa M<sup>a</sup>. Infermera. Cap d'àrea Med. Intensiva i Coronària. Hospital del Mar.
- Chercoles López, Ignacia. Infermera. Infermera Qualitat. Parc de Salut Mar.
- Esperanza Sanjuan Cuca. Infermera. 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. 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<sup>a</sup>. 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 ALGORISME EN EL MANEIG DE LA CÀRREGA BACTERIANA



**ANNEX III. PRODUCTES PER LA PREVENCIÓ I EL TRACTAMENT DE LES ÚLCERES PER PRESSIÓ** <sup>3, 1, 7</sup>

| PRODUCTE   | INDICACIONS  | CANVI  | COMBINACIÓ AMB ALTRES PRODUCTES   | CONTRAINDICACIONS   |
|--|--|--|---|---|
| <b>ÀCID GRAS HIPEROXIGENAT</b><br><b>Mepentol®</b>                             | Prevenió Tractament estadi I   | Cada 8 hores   |   |   |
| <b>APÒSIT COL-LAGEN</b><br><b>Promodram®</b>                                   | Lesions en fase de granulació  | Absorció col-lagen   | Escuma polimèrica   | Hipersensibilitat a algun component   |
| <b>APÒSIT HIDROCOL-LOIDE</b><br><b>Comfeel®</b>                                | Prevenió Tractament estadi I i II Protecció de zones de fricció Zones exposades a contaminants com femtes i orina.   | Cada 72 hores o segons saturació de l'apòsit. Màxim 7 dies | Hidrogel, col-lagenasa, hidrofibra si és necessari                                  | No utilitzar en pells delicades, fràgils, fines.  |
| <b>APÒSIT D'ALGINAT/ PLATA</b>   | Exsudat (moderat,abundant) Sagnat. Facilita desbridament autolític. Úlceres infectades (Alginat plata)   | Segons saturació de l'apòsit                               | Tot tipus d'apòsits i col-lagenasa  | Sensibilitat al producte. Lesions no exsudatives. Pacients sotmesos a exploració amb RMN              |
| <b>APÒSIT CARBÓ ACTIVAT PLATA</b><br><b>Actisorb plus 25®</b>                  | Infeccions i mala olor   | Cada 12-24 hores   | Apòsits no oclusius si hi ha infecció No associar amb col-lagenasa Antibiòtic local | Hipersensibilitat a algun component. Pacients sotmesos a exploració amb RMN                           |
| <b>POMADA ENZIMÀTICA COL-LAGENASA</b> Iruxol®                                  | Desbridament   | Segons el producte amb el que s' associi. Cada 24 hores    | Tots els apòsits  | Hipersensibilitat al producte. No associar amb metalls pesats (plata),hidrocol-loide.                 |
| <b>ESPUMA POLIMÈRICA</b><br><b>Mepilex/Border®</b>                             | Prevenió sobre prominències òssies o zones sotmeses a pressió i/o fricció. Lesions superficials profundes amb exsudat moderat o abundant. Com a apòsit primari,secundari. terciari   | Exsudat: apòsit d'1,5 cm de vora Màxim 7 dies.             | Hidrogel, col-lagenasa,hidrofibra   | En úlceres seques amb escares necròtiques Hipersensibilitat a algun component                         |
| <b>HIDROGEL</b><br><b>Purilon®</b>   | Lesions poc exsudatives. Desbridament autolític i ajuda de l'enzimàtic si s'associa a la col-lagenasa. Afavoreix la granulació   | Segons el producte amb el que s'associï                    | Tots els apòsits  | Sensibilitat a algun dels components. Lesions altament exsudatives                                    |
| <b>ÒXID DE ZENC</b><br><b>Eryplast®</b>  | Protecció de la pell periulceral   | Coincidint amb la higiene o la cura                        |   |   |
| <b>PEL-LICULES BARRERA</b><br><b>Cavilon®</b>                                  | Prevenió i tractament de dermatitis per incontinència. Irritació de la pell periestomal. 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      |
| <b>APÒSITS PLATA : NANOCRISTALINA IÓNICA</b> Acticoat®                         | Infeccions   | Segons evolució ferida Màxim cada 3 dies                   | Escumes, hidrogel, hidrofibra   | Sèrum fisiològic.(nanocristalina) Pacients sotmesos a exploració amb RMN. No associar a col-lagenasa. |
| <b>SOLUCIÓ DE POLIHEXANIDA I UNDECILENAMIDOPEOPIL BETAINILIZARA</b> Prontosan® | Tractament de les lesions amb signes de colonització crítica o infecció, teixit necrosat o esfàcels.   | Cada vegada que es realitzi la cura                        |   |   |