

Maneig de les úlceres
per pressió

Direcció clínica en l'atenció primària

**Guies de pràctica clínica
i material docent**

Maneig de les úlceres per pressió

Guies de pràctica clínica i material docent

Autors:

Núria Bastida, metgessa, Equip d'Atenció Primària Raval Nord.
Servei d'Atenció Primària Ciutat Vella.

Rosa Crespo, infermera, Equip d'Atenció Primària Gòtic. Servei
d'Atenció Primària Ciutat Vella.

Jesús González, metge, Servei de Dermatologia de l'Hospital
de Viladecans.

M. José Montoto, infermera, Equip d'Atenció Primària Creu Alta. Servei
d'Atenció Primària Sabadell-Rubí-Sant Cugat-Terrassa.

Cristina Vedia, farmacòloga clínica, Servei d'Atenció Primària
Mataró-Maresme.

Direcció del projecte

Direcció Clínica:

Joan Gené Badia

Director

Divisió d'Atenció Primària

Direcció del projecte

Guies de Pràctica Clínica:

Eva Comín Bertran

Divisió d'Atenció Primària

Coordinació:

Arantxa Catalan Ramos

Unitat de Farmàcia

Divisió d'Atenció Primària

Suport administratiu:

M. Carmen Giménez Caraballo

Unitat de Farmàcia

Divisió d'Atenció Primària

Generalitat de Catalunya

© Institut Català de la Salut

Edició: Institut Català de la Salut

Coordinació editorial:

M. Teresa Ciuraneta Murgarella

Mercè Isern Gausí

Gabinet de Comunicació

Coordinació i assessorament lingüístic:

Geòrgia Bascompta Marsal

Mercè Muñoz Burzon

Gabinet de Comunicació

Disseny gràfic: Víctor Oliva Pascuet

Versió per Internet: www.antaviana.com

© Institut Català de la Salut

L'Institut Català de la Salut té la propietat intel·lectual d'aquest document.

Cap fragment d'aquesta edició no pot ser reproduït, emmagatzemat o transmès de cap forma ni per cap procediment, sense el permís previ exprés del titular del copyright.

Índex

Presentació

1. Factors i població de risc
 - 1.1. Factors de risc primaris
 - 1.2. Altres factors de risc
 2. Prevenció de les UPP
 - 2.1. Valoració del risc
 - 2.2. Manteniment de la pell
 - 2.3. Estat nutricional
 - 2.4. Maneig de la càrrega tissular
 - 2.4.1. Exercici físic
 - 2.4.2. Canvis posturals
 - 2.4.3. Superfícies de recolzament
 3. Valoració inicial del pacient amb UPP
 - 3.1. Història i exploració física
 - 3.2. Valoració nutricional
 - 3.3. Valoració psicosocial
 - 3.4. Valoració de la lesió
 - 3.4.1. Localització i classificació de les UPP
 4. Tractament
 - 4.1. Maneig de la càrrega tissular
 - 4.1.1. Tècniques posturals
 - 4.1.2. Superfícies de recolzament
 - 4.2. Cures generals
 - 4.2.1. Prevenció de noves lesions
 - 4.2.2. Suport nutricional
 - 4.2.3. Suport psicosocial
 - 4.3. Cures de la lesió
 - 4.3.1. Desbridament
 - 4.3.2. Neteja de la ferida
 - 4.3.3. Elecció d'un apòsit
 - 4.3.4. Prevenció i abordatge de la infecció bacteriana
 5. Bibliografia
- Annexos:
- I. Escala de Braden
 - II. Característiques dels productes de cura
 - III. Tipus d'apòsits
 - IV. Normes bàsiques per a l'obtenció d'exsudat d'una ferida
 - V. Indicadors d'avaluació
 - VI. Procés d'elaboració i difusió de la Guia de pràctica clínica

Presentació

El Projecte de direcció clínica de l'Institut Català de la Salut té per objectiu capacitar els equips assistencials per assolir els objectius i afavorir la implantació de mesures de millora contínua de la qualitat. També desitja promoure l'aplicació de la millor evidència científica en la pràctica assistencial.

Les guies de pràctica clínica són una sèrie de recomanacions fonamentades en el coneixement científic per a l'abordatge dels principals problemes de salut. Estan elaborades per professionals destacats de la institució, mitjançant una revisió sistemàtica de les evidències científiques. El rigor metodològic amb què han estat fetes i les revisions realitzades per les societats científiques catalanes i altres organitzacions com són l'Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques o la Fundació Institut Català de Farmacologia avalen la seva qualitat tècnica.

Dins aquest projecte de Direcció clínica, s'estan elaborant una sèrie de guies de pràctica clínica de les quals us presentem, la que aborda la prevenció, diagnòstic i tractament de les úlceres per pressió.

Els nostres pacients mereixen rebre una atenció sanitària basada tant com sigui possible en criteris científics. És per això que us agraïem que reviseu aquests documents i els considereu a l'hora de prendre les vostres decisions assistencials. L'esforç realitzat en la seva elaboració només té sentit si aquestes guies són aplicades en la pràctica clínica diària. Les guies són un element de suport i ajut al professional, però no poden respondre a totes les situacions complexes que es produeixen a la consulta, on és el professional qui ha d'individualitzar i decidir en funció de les característiques i preferències de cada pacient.

Finalment, volem agrair la participació de tots els qui han treballat durament per fer possible aquest projecte que esperem marqui un punt d'inflexió en el paper de la institució en la promoció de la qualitat de l'atenció sanitària que s'ofereix en els centres d'atenció primària.

Alicia Granados
Directora gerent

Joan Gené
Director
Divisió d'Atenció Primària

Nivells d'evidència científica i grau de les recomanacions utilitzades*

Nivell	Tipus d'evidència científica (EC)
Ia	L'evidència científica prové de metaanàlisis d'assaigs clínics controlats i aleatoris.
Ib	L'evidència científica prové d'almenys un assaig clínic controlat i aleatori.
IIa	L'evidència científica prové d'almenys un estudi prospectiu controlat ben dissenyat sense aleatoritzar.
IIb	L'evidència científica prové d'almenys un estudi quasi experimental ben dissenyat.
III	L'evidència científica prové d'estudis descriptius no experimentals ben dissenyats com són estudis comparatius, estudis de correlació o estudis de casos i controls.
IV	L'evidència científica prové de documents o opinions de comitès d'experts i/o experiències clíniques d'autoritats de prestigi.

Grau	Recomanació
A (Nivells d'EC Ia, Ib)	Requereix almenys un assaig controlat aleatori correctament dissenyat i de grandària adequada o una metaanàlisi d'assaigs controlats i aleatoris.
B (Nivells d'EC IIa, IIb, III)	Requereix disposar d'estudis clínics metodològicament correctes que no siguin assaigs controlats aleatoris sobre el tema de la recomanació. Inclou estudis que no compleixin els criteris ni d'A ni de C.
C (Nivell d'EC IV)	Requereix disposar de documents o opinions de comitès d'experts i/o experiències clíniques d'autoritats reconegudes. Indica l'absència d'estudis clínics directament aplicables i d'alta qualitat.

En el text s'indica només el grau d'evidència de la recomanació que sustenta cadascuna de les recomanacions efectuades, mitjançant un requadre.

* US Agency for Health Care Policy and Research

Les **úlceres per pressió** (UPP) es defineixen com les lesions de la pell i dels teixits subjacents produïdes quan una pressió mantinguda entre una protuberància òssia i una superfície de recolzament provoca un bloqueig de la microcirculació en aquest nivell. Com a resultat de la hipòxia tissular a la zona apareix una degeneració ràpida dels teixits^{1,2,3}.

1. Factors i població de risc

La **població de risc** per desenvolupar UPP són els pacients ancians, enllitats o immobilitzats en cadires i amb malalties cròniques, i aquells que tenen alterada la sensibilitat i no perceben el dolor isquèmic, i també aquells que no es poden recol·locar ells tot sols. És en aquest grup de pacients que s'haurà d'avaluar el risc.

1.1. Factors de risc primaris

En la formació de les UPP hi participen tres tipus de forces: pressió, cisallament i fricció.

Pressió. La força primària que afavoreix la formació d'úlceres és la pressió directa. La pressió indueix anòxia, isquèmia i mort cel·lular. La formació d'una úlcera depèn tant de la pressió que es fa sobre una zona de la pell com del temps que es manté aquesta pressió. L'equació "pressió+temps=úlcera" defineix de forma clara el concepte d'UPP. Kosiak va demostrar que aplicar una pressió baixa durant un període llarg de temps provoca més dany tissular que una pressió alta durant un període de temps curt. Per una altra banda s'ha demostrat que el 90 % dels malalts amb menys de 20 moviments espontanis, durant la nit, desenvolupen úlceres **B**^{4,5}.

Cisallament. Les forces de cisallament són forces paral·leles a un pla perpendicular a les prominències òssies, com la tuberositat isquiàtica. Aquestes forces fan que la pell del sacre estigui immòbil, mentre que el teixit subcutani i els vasos glutis són estirats i allargats. A causa d'aquest efecte, la pressió que es necessita per disminuir l'aportació sanguínia és menor i es produeix ràpidament una isquèmia del múscul. Aquestes forces de cisallament es produeixen quan el pacient està mal assegut i si el llit està alçat a més de 30° (figura 1) **C**^{1,6}.



Figura 1. Forces de cisallament i fricció

Fricció. El frec de la pell amb altres superfícies (llençols) fa que es malmeti l'estrat corni i pot provocar flictenes intraepidèrmiques i erosions superficials. La fricció minimitza la relació pressió-temps que determina l'aparició d'isquèmia cutània [C].

1.2. Altres factors de risc

S'han relacionat molts factors amb el risc d'aparició d'UPP. La taula 1 mostra diferents factors de risc. Els més importants són la immobilitat, la incontinència, el dèficit nutricional i el deteriorament cognitiu [B]^{7,8,9}.

Taula 1: Factors de risc

FISIOPATOLÒGICS	TRACTAMENTS	SITUACIONALS
<p>Lesions cutànies: Edema, sequedat de pell, pèrdua d'elasticitat.</p> <p>Trastorns de l'aportació d'oxigen: Alteracions cardiopulmonars, vasculars perifèriques, estasi venosa.</p> <p>Alteracions nutricionals: Desnutrició, obesitat, deshidratació.</p> <p>Trastorns immunològics: Neoplàsia, infeccions.</p> <p>Alteracions de l'estat de consciència: Confusió, coma.</p> <p>Trastorns neurològics: Dèficits sensorials i motors.</p> <p>Incontinència: Urinària i/o fecal.</p>	<p>Immunosupressors: Radioteràpia, corticoides, citostàtics.</p> <p>Sedants: Benzodiazepines.</p> <p>Altres: Dispositius/aparells (guix, traccions, respiradors, sondatges vesical i nasogàstric...).</p>	<p>Immobilitat per dolor, fatiga, estrès.</p> <p>Arrugues a la roba del llit, pijama, objectes de fregament.</p> <p>Falta d'educació sanitària dels pacients.</p> <p>Falta de criteris unificats per part de l'equip assistencial.</p>

2. Prevenció de les UPP

Cal valorar el risc de cada pacient i dur a terme les accions necessàries per evitar l'aparició de les úlceres.

Els objectius seran:

- 1) Identificar i valorar el risc de cada pacient.
- 2) Mantenir i millorar el seu estat de la pell.
- 3) Protegir-la davant els efectes adversos de la pressió, fricció i cisallament (maneig de la càrrega tissular).

2.1. Valoració del risc

Per valorar el risc es recomana utilitzar l'escala validada de Braden (annex I). Segons la puntuació es classificaran els pacients en risc alt, moderat i baix. Aquesta puntuació donarà una idea de quins són els pacients que requereixen un monitoratge més estret. Aquesta escala de Braden té major sensibilitat i especificitat que altres i valora aspectes nutricionals [B]^{12,13}. No s'aconsella modificar les escales si no es poden validar per tal d'assegurar-nos la sensibilitat, especificitat i variabilitat entre observadors.

Es recomana passar l'escala a l'inici i, com a mínim, un cop l'any. També s'aconsella que, si el pacient presenta qualsevol canvi, es torni a passar [C].

2.2. Manteniment de la pell

- Cal inspeccionar la pell cada dia de forma sistemàtica, fent atenció en les zones de protuberàncies. S'ha de vigilar si hi ha sequedat, excoriacions, eritema, maceració... [C]^{9,14}
- Cal mantenir la pell neta i seca sempre. Es recomana utilitzar aigua tèbia i sabons neutres i poc irritants. S'ha d'evitar la fricció sobre la pell [C]^{9,14}.
- Cal minimitzar els factors ambientals que provoquin sequedat de pell. Si el pacient té la pell molt seca, s'han d'utilitzar cremes hidratants [C]^{9,14}.
- No s'aconsella fer massatges sobre les prominències òssies [B]^{9,14}.
- Si el pacient presenta incontinència s'ha de fer el canvi de bolquer més sovint. La humitat produïda per la incontinència fecal o d'orina provoca maceració i edema de la pell. Això la fa més susceptible a l'abradió. Cal vigilar també els drenatges i els exsudats de les ferides [C]^{9,14}.

2.3. Estat nutricional

Diversos estudis indiquen que la desnutrició és un factor de risc important per a la formació d'UPP. S'ha de procurar que la dieta de l'individu contingui els aliments necessaris per evitar l'aparició d'UPP i cal utilitzar un instrument senzill que identifiqui els estats de malnutrició (quantitat de calories ingerides, determinació de proteïnèmia i albuminèmia en cas de sospita...), fent una reavaluació periòdica. Cal fer aportació de vitamines i suplementes minerals si n'existeix dèficit [B] (apartat 3.2.)^{9,14}.

2.4. Maneig de la càrrega tissular

Per minimitzar l'efecte de la pressió cal considerar tres elements:

1) Exercici físic. 2) Canvis posturals i 3) Utilització de superfícies especials.

2.4.1. Exercici físic

Es recomana crear un pla que estimuli l'activitat i el moviment del pacient [B]^{9,14}.

2.4.2. Canvis posturals

Els canvis posturals són molt importants, tant en la prevenció com en el tractament de les úlceres (taula 2).

Taula 2. Maneig de la càrrega tissular

	PACIENT ENLLITAT	PACIENT ASSEGUT
Prevenció	<ul style="list-style-type: none"> • Fer canvis posturals almenys cada 2 hores [B]. • Mantenir el capçal del llit al més pla possible [C]. • Evitar col·locar el pacient sobre els trocànters. • Utilitzar coixins i cunys d'espuma per eliminar la pressió sobre els turmells [C]. • No s'aconsella embenar els talons per poder inspeccionar-los diàriament. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cal que es recol·loqui cada 15 minuts. Si ell no ho pot fer, cal que ho faci el cuidador, com a mínim, cada hora. • Mantenir el pacient de forma correcta des d'un punt de vista postural (esquena recta). • Evitar els dispositius (coixins) en forma de flotador [B]. • Si no és possible mantenir aquestes recomanacions, cal retornar el pacient al llit.
Tractament	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar col·locar el pacient sobre les úlceres per no interferir en la seva curació [C]. • Els pacients de major pes necessiten un major nombre de recol·locacions [A]. • Utilitzar coixins per elevar l'UPP per sobre de la superfície de recolzament. • Evitar dispositius en forma de flotador. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si té una úlcera en la superfície de seient: <ul style="list-style-type: none"> • Evitar que estigui assegut, permetent-ho solament per períodes limitats (dinar i sopar) [C]. • Utilitzar superfícies de recolzament adequades [C].
	<ul style="list-style-type: none"> • No recolzar mai el pacient sobre la lesió. Si no és possible, disminuir el temps d'exposició de l'úlcera a la pressió, incrementant els canvis posturals. • Les superfícies no substitueixen la mobilització. 	

Si el pacient està **enllitat** s'aconsella:

- Fer canvis posturals, almenys cada 2 hores [B].
- Mantenir el capçal del llit al més pla possible, ja que les forces de cisallament són superiors si el cos està inclinat [C].
- Evitar col·locar el pacient sobre els trocànters i cal utilitzar coixins i cunys d'escuma per eliminar la pressió sobre els turmells (figura 2).
- No s'aconsella embentar els talons del pacient per tal de poder-los inspeccionar diàriament.



Figura 2. Utilització de cunys i coixins d'espuma per disminuir la pressió

Si el pacient està **assegut** es recomana:

- Que es recol·loqui cada 15 minuts. Si ell no ho pot fer, cal que ho faci el cuidador, com a mínim, cada hora [C].
- Mantenir el pacient de forma correcta des d'un punt de vista postural (esquena recta).
- Evitar els dispositius en forma d'anella, ja que un estudi els ha relacionat amb major capacitat de provocar edema i congestió venosa, i major probabilitat de produir úlceres [B]^{9, 14}.
- Que, si no és possible mantenir aquestes recomanacions, es retorni el pacient al llit.

2.4.3. Superfícies de recolzament

Existeix una important varietat de superfícies, però no hi ha estudis que demostrin que una superfície sigui millor en comparació amb una altra. Cal valorar quina superfície escollim, segons la situació clínica del pacient i les característiques de la superfície de recolzament (taula 3).

Taula 3. Recomanacions per a la utilització de superfícies de recolzament segons situació del pacient

RISC O SITUACIÓ	PACIENTS DE RISC BAIX O SENSE LESIONS	PACIENTS DE RISC MITJÀ O AMB UPP I	PACIENTS DE RISC ALT O AMB UPP II, III o IV
1a OPCió	Màrfega alternant de cel·les petites.	Màrfega alternant de cel·les mitjanes.	Matalàs d'aire alternant.
2a OPCió	Sistemes estàtics.	Màrfega alternant de cel·les petites.	Màrfega alternant de cel·les grans.

(Modificació de Torra i Bou).

3. Valoració inicial del pacient amb UPP

3.1. Història i exploració física

Es recomana fer la història clínica, passar l'escala de Braden i fer un examen físic complet, tenint en compte les malalties concomitants i els tractaments farmacològics del pacient [C]¹⁴.

3.2. Valoració nutricional

El pacient ha de seguir una dieta adequada per assolir una bona nutrició [B]¹⁴. S'ha de garantir una aportació mínima de: calories (30-35 kcal/kg/dia), proteïnes (1,2-1,5 kg/dia), minerals (zinc, ferro), vitamines (C, A, B) i aportació hídrica (30 cc aigua/Kg/dia).

La desnutrició es pot diagnosticar amb paràmetres d'alerta: canvis significatius en el pes (pèrdua de més del 5 % de pes en 30 dies o de més del 10 % en 180 dies previs) o alteracions en l'anàlisi (limfòcits < 1.800 i albúmina < 3,5 mg/dl).

Cal repetir la valoració de l'estat nutricional cada 3 mesos¹⁵.

3.3. Valoració psicosocial

És necessari identificar el cuidador principal i valorar les seves habilitats i disponibilitat, i també valorar els recursos dels pacients, per establir el pla de tractament [C]¹⁴.

3.4. Valoració de la lesió

3.4.1. Localització i classificació de les UPP

Les zones més comunament afectades per les UPP es descriuen a la figura 3¹⁰.

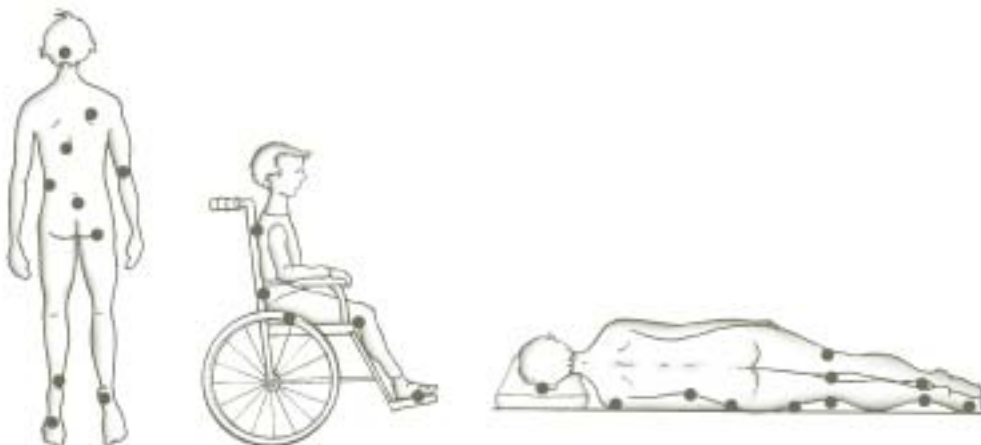


Figura 3. Punts de pressió

Les UPP es classifiquen en quatre estadis, segons el grau de lesió tissular (taula 4)^{10, 11}.

Taula 4. Estadis de les UPP

Estadi I	Epidermis i dermis no destruïdes. Eritema amb pell intacta que no es blanqueja amb la pressió. En pacients amb pell fosca es pot veure com edema, induració, decoloració i calor.
Estadi II	Epidermis i/o dermis destruïdes. Úlcera superficial que es presenta com una erosió, flictenes o cràter superficial.
Estadi III	Destrucció de l'epidermis, dermis i capa subcutània que pot afectar la fàscia subjacent però no travessar-la. L'úlcera es presenta clínicament com un cràter profund, generalment amb lleuger exsudat i amb els marges ben definits.
Estadi IV	Pèrdua de tota l'espessor cutània amb destrucció extensa, necrosi tissular o afectació del teixit muscular, ossi i estructures de suport (tendons i càpsula articular). També es poden observar excavacions i trajectes fistulosos.

Cal tenir en compte que els músculs i el teixit subcutani són més susceptibles a la lesió que l'epidermis. Per tant, hem de sospitar un major dany del que pot indicar la lesió de la superfície cutània. En tot cas, s'haurà de retirar el teixit necròtic, abans de determinar l'estadificació de l'úlcera (figura 4).

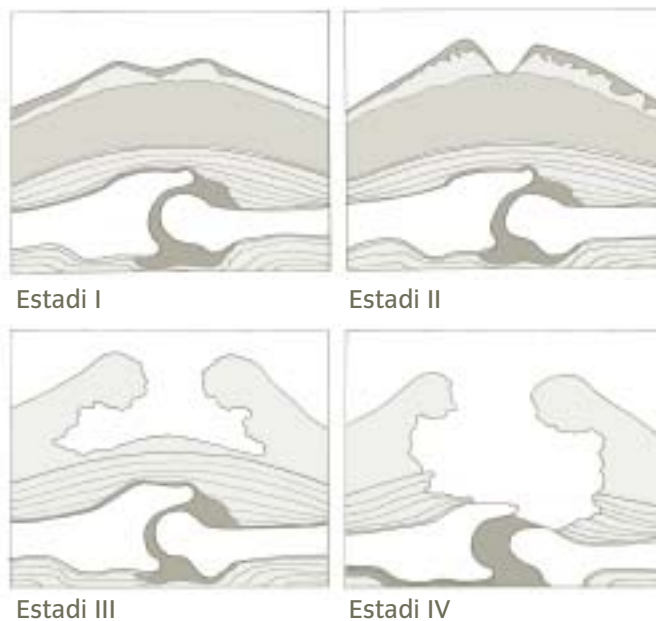


Figura 4. Estadificació de l'úlcera

El registre de la valoració inicial d'una lesió hauria de ser estandarditzat i hauria de constar de paràmetres que facilitessin la continuïtat de les cures i l'avaluació del procés. La valoració de la lesió ha d'incloure, com a mínim, els paràmetres descrits a la taula 5.

Taula 5. Registre de valoració d'UPP

- Localització de la lesió.
- Estadi: I, II, III, IV (Figura 4).
- Dimensions: longitud/amplada (diàmetre major i menor).
- Si hi ha cavitació o no.
- Tipus de teixit del fons de la lesió: eritema, esfàcels, epitelització, granulació, necrosi.
- Estat de la pell periulceral: eritema, edema, èczema, íntegra, lacerada, macerada.
- Presència d'exsudat: abundant, escàs, hemorràgic, purulent, serós.
- Presència de dolor: continu, intermitent, mai, només en la cura.
- Signes d'infecció.
- Data de curació.

L'úlceres s'ha de revalorar almenys una vegada a la setmana i abans si es produeix un deteriorament, per tal de poder refer el pla de tractament [C]¹⁴.

Els **signes d'alerta** en relació amb el deteriorament d'una úlceres són: l'augment d'exsudat i edema en les vores, absència de teixit de granulació i exsudat purulent. Una úlceres hauria de mostrar una millora entre la segona i quarta setmana de tractament, sinó cal adequar el pla de tractament [C]¹⁴. En els pacients terminals l'objectiu seria mantenir el confort i el benestar de l'individu.

4. Tractament

4.1. Maneig de la càrrega tissular

Tal com s'ha comentat en l'apartat de prevenció l'objectiu és crear un ambient que millori la viabilitat dels teixits i afavorir la curació de la lesió.

4.1.1. Tècniques posturals

A les recomanacions fetes per a la prevenció se n'hi han d'afegir d'altres específiques per als pacients amb úlcera (taula 2).

4.1.2. Superfícies de recolzament

Es poden utilitzar una gran varietat de superfícies de recolzament i s'han d'escollir segons l'estat del pacient. La taula 3 mostra les recomanacions d'utilització d'una superfície o una altra segons el risc del pacient.

Sempre s'ha de tenir molt present que les superfícies de recolzament no substitueixen la mobilització. En tot cas complementen la seva eficàcia. Qualsevol pacient que requereixi una superfície de recolzament, també necessitarà un coixí especial quan estigui assegut. Els coixins estàtics d'aire o d'escumes especials o de gel han demostrat ser eficaços **B**¹⁶. Es recomana que cada 24 hores es revisin els punts de recolzament del pacient per tal de valorar si apareix eritema.

4.2. Cures generals

4.2.1. Prevenció de noves lesions

S'han de tenir en compte totes les recomanacions descrites en la prevenció dins del pla de tractament ja que els pacients que presenten UPP tenen major risc de desenvolupar noves úlceres (taula 1).

4.2.2. Suport nutricional

S'ha observat que dietes amb increment de proteïnes, milloren la curació de les UPP en pacients d'atenció domiciliària, ja que les necessitats nutricionals del pacient amb UPP són més grans del normal. S'ha de garantir una ingesta mínima de nutrients (apartat 3.2.) i aportar vitamines i suplement minerals si n'hi ha un dèficit **C**^{14, 15}. Al mercat existeixen nous productes que integren proteïnes i minerals per al tractament d'UPP però no n'hi ha estudis conclouents.

4.2.3. Suport psicosocial

L'aparició d'una UPP altera la dinàmica vital de la persona que la pateix i de la seva família. Per tant, s'ha de preveure en el pla de cures i posar els mitjans que hi hagi al nostre abast per adequar els recursos.

4.3. Cures de la lesió

Els quatre components bàsics d'un pla efectiu de cures d'una úlcera són: 1) Desbridament del teixit; 2) Neteja de la ferida; 3) Prevenció, diagnòstic i tractament de la infecció bacteriana i 4) Utilització d'un apòsit (annexos II i III).

4.3.1. Desbridament

El fet que existeixi teixit necròtic (escara negra o groga, humit o sec) en l'úlcera afavoreix la proliferació bacteriana i impedeix el procés de curació. L'eliminació del teixit desvitalitzat és necessària per a la curació de l'úlcera [C]¹⁴.

Les UPP de taló amb escara seca no necessiten ser desbridades, si no és que presentin edema, eritema, fluctuació o supuració. Cal estar atent a l'aparició d'aquests signes [C]¹⁴. El desbridament pot ser autolític, mecànic, enzimàtic i quirúrgic o una combinació d'aquests. En l'estadi II es fa desbridament autolític amb apòsits oclusius que afavoreixen la cura humida. Tan sols en els estadis III i IV és necessari recórrer al desbridament mecànic o quirúrgic.

Desbridament autolític

És una forma de desbridament selectiva i atraumàtica. Es basa en el principi de la cura humida. Els productes, que existeixen en el mercat, afavoreixen la humitat en l'úlcera i l'autodigestió del teixit desvitalitzat per enzims propis de l'organisme. Els hidrogels amb estructura amorfa i els apòsits que afavoreixen la cura humida tenen capacitat de produir desbridament autolític⁸ (annexos II i III).

Desbridament mecànic

Utilitza tècniques no selectives i, per tant, eliminen teixit viable i no viable. Inclou la hidroteràpia, els apòsits humits-secs i els dextranòmers. La hidroteràpia pot utilitzar-se per desbridat ferides i suavitzar escars. El rentat amb una xeringa de 20 amb una agulla de 0,9 X 25 proporciona força suficient per eliminar escars, bacteris i altres restes [C]¹⁴. Els apòsits humits-secs i dextranòmers són tècniques en desús.

Desbridament enzimàtic

És una tècnica adequada quan no es pot fer un desbridament quirúrgic. En el mercat hi ha diferents productes (proteolítics i fibrinolítics). Les cures s'han de fer com a mínim cada 24 hores. Poden provocar irritació de la pell perilesional i s'han d'utilitzar en la fase de granulació [C]¹⁷. La col·lagenasa (Irujol[®]), la més utilitzada, no s'ha d'emprar conjuntament amb povidona iodada i s'aconsegueix major efectivitat si es mulla amb sèrum cada 4-6 hores, sense retirar la col·lagenasa¹⁸.

Desbridament quirúrgic

Implica l'ús de bisturi i tisores per treure teixits. És la manera més ràpida d'eliminar escaries seques i adherides a plans profunds o teixit necròtic humit. Si l'escara és extensa pot ser necessari dur a terme el desbridament en quiròfan. Si en fer la cura hi ha dolor, es pot utilitzar un analgèsic oral i fins i tot un anestèsic tòpic [C]^{11,14}. Si hi ha hemorràgia, s'ha de fer compressió directa i utilitzar apòsits secs o alginats durant 24 hores, canviant després a un apòsit humit [C]¹⁴.

4.3.2. Neteja de la ferida

S'ha de netejar la ferida inicialment i en cada canvi d'apòsit, intentant fer el mínim de força mecànica [C]¹⁴. No s'aconsella assecar la ferida, només la zona periulceral, per tal d'evitar els traumatismes per fricció. Cal evitar utilitzar materials de neteja rugosos, com gases i esponges, ja que els petits traumatismes a l'úlceres són més susceptibles d'infecció i alenteixen la curació [C]¹⁴.

No s'aconsella l'ús d'antisèptics cutanis, ja que són citotòxics per al teixit sa. La utilització continuada de povidona iodada pot retardar la cicatrització, provocar dermatitis de contacte i alteracions sistèmiques degudes a la seva absorció [C]^{14,19}. Tampoc s'aconsella utilitzar aigua oxigenada, ja que és bacteriostàtica i es degrada fàcilment amb la llum i la calor. La utilització de netejadors cutanis també pot ser contraproductiu per a les UPP. Diversos estudis han demostrat que la majoria dels netejadors de ferides s'han de diluir per mantenir la viabilitat cel·lular i la funció fagocitària dels leucòcits [C]¹⁴. El sèrum salí fisiològic és l'ideal per netejar les UPP [C]¹⁹.

Per netejar les UPP s'ha de fer la suficient pressió sense produir traumatismes [B]¹⁴. Existeixen estudis que han demostrat que la pressió per gravetat o amb xeringa de 35 amb una força de +/- 2 Kg x cm² és la forma més eficaç de rentat, sense produir traumatismes. En el nostre medi, en què no disposem de xeringues de 35, podem utilitzar la xeringa de 20 amb agulla del 0,9 X 25.

4.3.3. Elecció d'un apòsit

Escollirem un apòsit en funció de les variables següents:

- Lesió: Localització, estadificació, quantitat d'exsudat, presència de cavitats, estat de la pell perilesional, signes d'infecció.
- Pacient: Estat general, autocura i facilitat de l'aplicació.
- Entorn: Disponibilitat de recursos.

Existeixen evidències clíniques que avalen que les tècniques de cures en ambient humit són més cost-efectives que les cures tradicionals (cures seques) [B]^{14,20}.

La taula 6 mostra els requisits ideals d'un apòsit, requisits que no compleixen els de gasa. Els apòsits es canviaran segons les seves característiques específiques i segons les característiques de l'UPP.

Taula 6: Requisits d'un apòsit

- Biocompatible.
- Protector enfront de les agressions físiques, químiques i bacterianes.
- Que mantingui el llit de la ferida humit i la pell perilesional seca.
- Que controli l'exsudat.
- Que sigui adaptable a localitzacions difícils.

Una proposta d'elecció de l'apòsit en funció de l'estadi de l'UPP és:

- **UPP estadi I:** Utilitzar els apòsits hidrocol·loides extrafins que redueixen la fricció o els poliuretans que redueixen la pressió i la fricció.
- **UPP estadi II:** Si existeix butllofa cal punxar-la i buidar-la sense retirar la pell. Es poden utilitzar els mateixos apòsits aconsellats en l'estadi I.
- **UPP estadi III i IV:**
 - Si hi ha **material desvitalitzat** cal utilitzar productes desbridants com hidrogels i, damunt, un apòsit absorbent i basat en la cura humida (hidrocol·loides, poliuretans).
 - Si després de rentar l'UPP aquesta fa **mala olor** s'aconsella utilitzar apòsits de carbó activat.
 - En funció de la quantitat d'**exsudat** s'escollirà un apòsit o un altre segons la seva capacitat d'absorció. Si l'exsudat és abundant i la pell periulceral és fràgil es poden utilitzar alginats. Els alginats poden ser útils en ferides amb exsudat hemorràgic pel seu poder hemostàtic.
 - Si hi ha **colonització** es pot utilitzar un apòsit de cadexòmer iodat que té capacitat antibacteriana o bé apòsits de carbó activat.
 - Si hi ha **dolor** cal escollir apòsits de cura en ambient humit.
 - Si existeixen cavitats o **tunelitzacions** és necessari omplir-les parcialment (més o menys per la meitat) per evitar que les UPP es tanquin en fals.

L'annex II mostra les característiques dels diferents apòsits i l'annex III diferents productes disponibles al mercat.

4.3.4. Prevenció i abordatge de la infecció bacteriana

Totes les UPP estan colonitzades per bacteris i això no implica infecció. Una neteja i desbridament acurats impedeixen l'evolució cap a la infecció **C**¹⁴.

Els signes d'**infecció local** seran inflamació, dolor, mala olor i exsudat purulent. No s'aconsella utilitzar antibiòtics tòpics, pel risc de produir resistències i sensibilitzacions **C**^{19, 21, 22, 23}, ni antisèptics locals per reduir el nivell de bacteris de la ferida **B**¹⁴. Només el metronidazole tòpic (gel al 0,75%) ha demostrat eficàcia en la curació de les úlceres colonitzades per anaerobis **B**²³.

Els antibiòtics sistèmics no són necessaris en UPP amb signes clínics únicament d'infecció local. Pacients amb sospita de cel·lulitis (eritema, edema i calor local), osteomielitis o bacterièmia (febre, esgarrifances, augment del recompte leucocitari) es tractaran amb antibiòtics sistèmics. Cal fer un cultiu previ abans d'iniciar el tractament empíric (annex IV). Per

a les cel·lulitis es pot iniciar amb cloxacil·lina, una cefalosporina de primera generació o amoxicil·lina–àcid clavulànic. Si es sospita osteomielitis cal fer RX, tractar amb ciprofloxacina i revalorar en funció del resultat de l'antibiograma [C]^{14, 21, 24}. Si l'estat del pacient ho permet, se'l pot derivar a l'hospital.

S'han de protegir les UPP de fonts exògenes de contaminació (femta i orina) [C]¹⁴.

També cal seguir les precaucions d'aïllament de substàncies corporals i prendre mesures barrera de cures que impedeixin la contaminació [C]¹⁴.

5. Bibliografia

1. Pérez ED. Pressure ulcers: updated guidelines for treatment and prevention. *Geriatrics* 1993; 48: 39-44.
2. Torra i Bou J.E. Epidemiología de las úlceras por presión. *Revista ROL de Enfermería*; 238: 1998; 238: 75-88.
3. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE. Epidemiología de la úlceras por presión en España. Estudio piloto en la Comunidad Autónoma de la Rioja. *Gerokomos/Helcos* 1999; 10: 75-87.
4. Kosiak M. Etiology and pathology of ischemic ulcers. *Arch Phys Med Rehabil* 1959; 40: 62-69.
5. Martínez Sancho E, Abad Santos F. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión. *Farmacoterapia* 1998; 15: 24-32.
6. Krasner D. Doce conceptos para el cuidado de las heridas. *Nursing* 1993; 10: 30-40.
7. Fortes Álvarez JL, Pulido de la Torre MD, Torres Alaminos MA, Revenga Arranz F. Las úlceras por presión desde la Atención Primaria: un reto para todos. *Aten Primaria* 1997; 19: 109-116.
8. Directrices generales sobre el tratamiento de las úlceras por presión. Grupo Nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas. Arnedillo: GENEAUUP, 1998.
9. Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). *Pressures Ulcers in Adults: Prediction and Prevention, Guideline Report, Number 3*: [en línea] 1992 [data d'accés: 15 de juny de 2001] URL disponible a: <http://www.ahcpr.gov/gils/00000030.htm>
10. Munar C, Bastida N. Tratamiento de las Úlceras por Presión. *Formación Médica Continuada de Atención Primaria*. 1994; 1: 290-298.
11. European Pressure Ulcer Advisory Panel. *Pressure Ulcer Prevention Guidelines*. Oxford: EPUAP, 1998. URL disponible a: <http://www.epuap.org/>
12. Torra i Bou JE. Valorar el riesgo de presentar úlceras por presión. *Escala de Braden*. *ROL de Enfermería* 1997; 224: 23-30.
13. Maklebust J. Preventing pressure ulcer in home care patients. *Home Healthcare Nurse* 1999; 17: 229-238.
14. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. *Tratamiento de las úlceras por presión. Guía de práctica clínica. Edición española*. Madrid: Drug Pharma S.L., 1996.
15. *Nutrition screening. Manual for professional caring for older americans: nutrition screening iniciativa*. Washington DC: Greer, Margolis, Grunwald& Associates; 1991.
16. Cullum N, Nelson A, Nixon J. Pressure Sores. *Clinical Evidence* 2000; 3: 979-986.
17. Anònim. Tratamiento local de las úlceras por presión. *Boletín Terapéutico Andaluz* 2000; 16: 17-20.
18. *Catálogo de Especialidades Farmacéuticas*. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2000.
19. Anònim. Local applications to wounds (I). Cleansers, antibacterial, debriders. *Drug and Therapeutics Bulletin* 1991; 29: 93-95.

20. Capillas RM, Cabré V, Gil AM, Gaitano A, Torra JE. Comparación de la efectividad y coste de la cura en ambiente húmedo frente a la cura tradicional. Ensayo clínico en pacientes de atención primaria con úlceras vasculares y por presión. Revista ROL de Enfermería 2000; 23 : 17-24.
21. Castillo L, González S, Ibáñez M. Terapèutica de les infeccions dermatològiques. A: Recomanacions sobre l'ús d'antibiòtics en l'Atenció Primària. (3a edició) Barcelona: Edide, 1999.
22. Erikson G. Local tractament of venous leg ulcers. Acta Scand. 1998; 544 (suppl): 47-52.
23. Orlando P.L. Pressure ulcer management in the geriatric patient. Annals of pharmacotherapy 1998; 32: 1221-1227
24. Wesorick B. Estándares de calidad para cuidados de enfermería. Barcelona: Doyma enfermería, 1993.
25. Maklebust J. Interrupting the pressure ulcer cycle. Nursing Clinics of North America 1999; 34: 861-871.

Webs d'interès:

- GENEAPP: <http://www.gneaupp.org>
- Chronic wounds: <http://www.coninfo.nursing.uiowa.edu>
<http://nursing.uiowa.edu/sites/chronicwound/int.htm>
- Guía de tratamientos para la curación de úlceras de piel: <http://www.metas.org>

Annexos

Annex II: Característiques dels productes de cura

	CADEXÒMER IODAT	ALGINATS	POLIURETANS HIDROFÍLICS	HIDROCOL·LOIDES	HIDROFIBRES	HIDROGELS	CARBONS
PROPIETATS: Absorbent Analgèsica Antibacteriana Desbridant Hemostàtica	+++ + +++ +++ -	+++ + - ++ +	++ ++ - ++ -	+ +++ + +++ -	+++ + - +++ -	+ +++ - +++ -	++ - +++ + -
INDICACIONS: Escara de fibrina Exsudat abundant Exsudat lleuger Dolor Granulació Necrosi Pudor	+++ +++ +++ - - - +++	+++ +++ +++ - - - ++	++ - +++ ++ +++ + -	++ - +++ +++ +++ +++ -	+++ +++ +++ - - ++ +	++ - +++ +++ + +++ ++	+ ++ + - - ++ +++
EFFECTES ADVERSOS: Adheriment dolorós Risc de pudor	+++ -	+++ ++	- +++	- +++	+++ -	- -	+ -
APLICACIÓ: Aposít secundari Freqüència de canvi	en l'úlcer sí 2-3 cops setmana	en l'úlcer sí 1-3 cops setmana	2 cm periulcer de vegades 1-3 cops setmana dependent de l'exsudat	2 cm periulcer no 1-3 cops setmana dependent de l'exsudat	2 cm periulcer sí 1-3 cops setmana	en l'úlcer sí 2 cops setmana	en l'úlcer sí 2 cops setmana

Símbols: -- absència; +, ++ i +++ grau de presència.
 Font: Adaptació de *Tratamiento local de las úlceras por presión*. Boletín Terapéutico Andaluz 2000; 16: 17-20.

ANNEX III: TIPUS D'APÒSITS

PRODUCTES BASATS EN LA CURA HUMIDA					ALTRES				
ALGINATS en placa o cinta	POLIURETANS		HIDROCOL·LOIDES		HIDROGELS en placa o estructura amorfa	CARBONS	ALTRES		
	Films	Hidrofilics Hidrocel·lulars Escumes de polímer Gel de poliuretà	Extra fins	+Alginats				Altres	
Algisite M® Askina Sorbsan® Comfeel Seasorb® Cutinova alginato® Sorbalgon®	Bioclusive® Hydrofilm® Op-site® Tegaderm®	Allevyn® Biatain® Askina® Transorbent® Cutinova® Mepilex® Tenderwert® Tielle®	Algoplaque® Biofilm® Comfeel Ulcus® Varihesive gel control®	Biofilm transparent® Comfeel plus transparent® Hydrocoll® Varihesive extrafino®	Comfeel plus extra- absorbente®	Aquacel® (hidrofibra) Comfeel plus protector® Combiderm® (hidroparticules)	Comfeel Purilon Gel® (carboximetilcel·lulosa + alginat) Gelperm humedo® Hydrosorb® Hypergel® Intrasite gel® (carboximetilcel·lulosa) Normigel® Nu-Gel® (alginat) Varihesive hidrogel® (Carboximetilcel·lulosa)	Actisorb plus® (+plata) Carbonet® Carboflex® (+hidrocol·loide i alginat) Mepitel® (silicona)	Catrix® (col·lagen) Iodosorb® (cadexòmer iodat)

Nota: Per disposar de més informació sobre els diferents productes es pot consultar la *Guia de tratamientos para la curación de úlceras de piel disponible a Internet:* (<http://www.metas.org/organizacion>).

Font: Adaptació de *Tratamiento local de las úlceras por presión. Boletín Terapéutico Andaluz. 2000; 16: 17-20.*

Annex IV. Normes bàsiques per a l'obtenció d'exsudat d'una ferida

1. ASPIRACIÓ PERCUTÀNIA

- Desinfecteu la pell perilesionada amb povidona iodada al 10 %. (1)
- Deixeu que s'assequi almenys durant un minut per tal que la povidona exerceixi la seva acció antisèptica.
- Heu de fer la punció a través de la pell íntegra de la pell periulcerosa seleccionant el costat de la lesió amb més presència de teixit de granulació o absència d'esfàcels.
- Feu una punció-aspiració amb la xeringa i l'agulla mantenint una inclinació aproximada de 45° i apropant-vos al nivell de la paret de la lesió. (2)



2. FROTIS DE LA LESIÓ MITJANÇANT HISOP

Totes les UPP estan colonitzades per bacteris. No s'han d'utilitzar mostres de líquid obtingut mitjançant frotis de la ferida per a cultiu perquè només poden detectar els contaminants de superfície i no reflectir el veritable microorganisme que provoca la infecció tissular, per la qual cosa tindria un valor diagnòstic dubtós.

Descripció de la tècnica:

- Abans de procedir a la presa de mostra, esbandiu meticulosament la ferida amb sèrum fisiològic estèril.
- Refuseu el pus per al cultiu.
- No fregueu l'úlcer amb força.
- Utilitzeu un hisop estèril. No utilitzeu turundes de cotó.
- Recorreu amb l'hisop els extrems de la ferida en sentit descendent (agulles del rellotge) abastant deu punts diferents de les vores de la ferida.
- Col·loqueu l'hisop dins d'un tub com a mitjà de transport.

Annex V. Indicadors d'avaluació

1. Indicadors epidemiològics

Els indicadors més emprats són: 1) Prevalença, 2) Incidència, 3) Recurrència i 4) Severitat .

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

$$\text{Prevalença} = \frac{\text{Nre. de pacients amb UPP en el moment en què es fa l'estudi}}{\text{Població estudiada en la data que es fa l'estudi}} \times 100$$

2) La incidència és el nombre de nous casos que apareixen en una població determinada en un temps definit.

$$\text{Incidència} = \frac{\text{Nre. de casos nous d'UPP en el temps de l'estudi}}{\text{Població de risc durant el temps de l'estudi.}} \times 100$$

El valor dels indicadors d'incidència i prevalença està relacionat directament amb el denominador. Existeix cert consens en el fet de calcular denominadors situats en poblacions de risc. Alguns autors defineixen com a punt de tall de població de risc obtenir en l'escala de Braden una puntuació igual o inferior a 16, sent aquest valor aplicable en el nostre medi ²⁵.

3) La recurrència avalua quan una lesió curada pot tornar a ulcerar-se. És un indicador important i útil en centres sociosanitaris de llarga estada, en pacients atesos en programes d'atenció domiciliària o en l'atenció de pacients amb lesions medul·lars, o malalties neurològiques.

4) L'índex de severitat de les lesions introdueix un contingut qualitatiu. Es pot utilitzar l'índex de severitat de Braden:

$$\text{Índex de severitat} = \frac{\text{Longitud} + \text{amplada}}{2} \times \text{estadificació de la lesió}$$

Altres indicadors serien els que s'han anomenat en el registre de valoració d'UPP. Alguns d'aquests indicadors poden ser:

- Localització de les úlceres.
- Nombre d'úlceres detectades en l'estudi.
- Nombre de pacients de risc amb canvis posturals indicats.
- Nombre d'escala de Braden passades.
- Nombre de pacients de risc segons l'escala de Braden.
- Nombre de pacients en estadi I amb apòsits.
- Nombre d'úlceres noves en un període establert.

Annex VI. Procés d'elaboració i difusió de la Guia de pràctica clínica

Per a la realització d'aquesta GPC s'han seguit els passos que s'esmenten a continuació:

Selecció de la condició clínica

Va ser responsabilitat de la Divisió d'Atenció Primària de l'ICS que, entre d'altres GPC, va prioritzar aquesta. L'encàrrec va ser fer una GPC sobre el *maneig de les úlceres per pressió*.

Metodologia de revisió i síntesi de la literatura biomèdica

El primer pas va ser fer una cerca bibliogràfica de GPC i de revisions sistemàtiques¹ sobre **úlceres per pressió** que estiguessin basades en l'evidència científica. Es van fer cerques individuals a MEDLINE i, a més, el Centre Documental de l'ICS va aportar GPC, revisions sistemàtiques i guies per a pacients. Els documents obtinguts de les cerques i els aportats pel Centre Documental de l'ICS van ser els documents base per elaborar la GPC. Així mateix, en aquells casos en què les GPC o les revisions sistemàtiques no cobrien tots els aspectes que es volien tractar en aquesta GPC, o en aquells casos en què calia actualitzar-les, es van seleccionar els estudis amb un disseny d'assaig controlat i aleatori, o aquells estudis on, com a mínim, s'incorporava un grup a comparar que servia de control. Els criteris d'exclusió han estat les revisions narratives, els estudis amb dissenys de sèries de casos sense un grup a comparar, o sense comparació abans i després i la descripció de casos.

Les definicions dels nivells d'evidència científica i la classificació de les recomanacions utilitzades en aquesta GPC són les de la *US Agency for Health Care Policy and Research* (pàg. 9).

Determinació dels formats de presentació segons els usuaris de la GPC

Els formats de presentació d'aquesta Guia són els següents:

- a) **Versió extensa.** És el document base elaborat pel grup de treball aplicant la metodologia que es comenta en el punt anterior.
- b) **Versió reduïda.** És el resum dels continguts essencials de la versió extensa.
- c) **Consells per als pacients.** Inclou el contingut de la GPC que pugui ser d'interès per als pacients o els seus cuidadors, però redactat en llenguatge comú.
- d) **Material didàctic.** És un conjunt de transparències que té per objectiu facilitar la presentació de la GPC en sessió clínica.

Revisió externa

El document elaborat pel grup de treball ha estat revisat per diversos col·lectius de professionals sanitaris (infermeres, metges de família i d'altres especialitats, farmacèutics i farmacòlegs) amb la finalitat d'avaluar la qualitat del seu contingut, estructura, utilitat pràctica i aplicabilitat.

També participen en el procés de revisió la Societat Catalana de Medicina Familiar i

¹ La revisió sistemàtica de l'evidència científica consisteix en la síntesi de la millor evidència existent dirigida a respondre qüestions clíniques específiques mitjançant la utilització explícita i rigorosa dels mètodes utilitzats per identificar, valorar críticament i sintetitzar els estudis més rellevants.

Comunitària, l'Associació Catalana d'Infermeria, *la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria*, l'Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, i la Fundació Institut Català de Farmacologia.

La versió definitiva de la GPC és la que resulta de la valoració i incorporació dels comentaris dels revisors externs.

El **grup de revisors** ha estat compost per:

- Mònica Ausejo. *Área 11 INSALUD –Madrid*
- Mercè Bellmunt. Equip d'Atenció Primària Eixample
- Raül Capillas. Servei d'Atenció Primària L'Hospitalet de Llobregat
- Leonor Castillo. Centre d'Atenció Primària La Cruïlla
- Francisco Cegri Lombardo. Equip d'Atenció Primària Via Barcino
- Margarita Coll. Coordinadora de Programes d'infermeria de la Divisió d'Atenció Primària
- Margarita Delmas. Centre d'Atenció Primària Alt Penedès
- Mercè Giralt . Equip d'Atenció Primària Vall de Tenes
- Francisca González. Equip d'Atenció Primària Vilassar de Mar
- Roser Marquet. Equip d'Atenció Primària Vilassar de Dalt
- Concepció Morros. Centre d'Atenció Primària Bages
- Carme Munar. Equip d'Atenció Primària Chafarinas
- Jesús Portas. Equip d'Atenció Primària Santa Clara
- Miquel Ribera. Servei de Dermatologia. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona
- Glòria Rovira. Centre d'Atenció Primària Tarraco
- Assumpció Sancho. Centre d'Atenció Primària Catalunya
- Tomasa Tavares. Centre d'Atenció Primària Guineueta
- Joan Enric Torra. Unitat Interdisciplinària Consorci Sanitari de Terrassa
- Delfí Trullols. Equip d'Atenció Primària Balaguer
- Montserrat Vidal. Equip d'Atenció Primària Sils
- M. Antònia Vila. Equip d'Atenció Primària Gòtic

Revisió i actualització de la GPC

La guia es revisarà amb una periodicitat trianual, sempre que els avenços científics no facin necessari un escurçament d'aquest període.

Difusió de la GPC

Per tal de garantir la major difusió possible dels continguts de la guia, els centres d'atenció primària hauran de prioritzar el maneig de les UPP en les seves activitats de formació, recerca i/o avaluació.

Es prioritzaran, per tant, la realització de sessions clíniques sobre aquest tema, les quals es desenvoluparan com activitats de formació en servei. Per tal de facilitar aquesta tasca totes les guies disposen d'una unitat didàctica en disquet, que conté el material gràfic de suport per al desenvolupament de les sessions clíniques. El responsable de Farmàcia dels serveis d'atenció primària donarà suport tècnic per a la presentació de la sessió a cada centre.

A cada centre hi haurà un responsable de la difusió, aplicació i seguiment de les GPC.

Finançament

La GPC no ha rebut cap mena de finançament extern per a la seva elaboració.

Consideracions generals sobre la GPC

Aquesta guia pretén ser un element de suport per a la pràctica diària, sempre tenint en compte que són els professionals sanitaris els que han de valorar cada cas de forma individual i prendre aquelles decisions que creguin més encertades per a cada persona.