

Col·legi de Fisioterapeutes



de Catalunya



MANUAL PRÀCTIC DE CANVIS POSTURALS

Benilde Martínez González

Carme Macià Fàbrega

Comissió de Fisioteràpia en Geriatria
Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya

MANUAL PRÀCTIC DE CANVIS POSTURALS

Benilde Martínez González

Carme Macià Fàbrega

Comissió de Fisioteràpia en Geriatria
Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya

Agraïments

Aquest Manual no s'hauria pogut realitzar sense l'ajuda de:

El Carles Salvadó, que va fer grans esforços d'agenda per poder enregistrar el material audiovisual i supervisar gran part del contingut.

La Teresa Elorduy, de SIRIUS, per cedir material bibliogràfic i donar el seu punt de vista del Manual, a més de fer possible l'obtenció del material fotogràfic.

L'Ortopèdia Quvitec, per prestar informació difícil de trobar per altres mitjans sobre estudis de materials antiescares.

El Javier Crespo del Departament Professional del Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya, per la seva participació realitzant els dibuixos del Manual, que han quedat perfectes.

La Silvia Quiñonero, Roser Alfonso, Montserrat Ferrer, Olalla Roca, Marta Bordas i Jordi Rodríguez, per les seves incansables correccions i aportacions.

Els companys i companyes de la Comissió de Fisioteràpia en Geriatria, per compartir el seu temps amb mi, en especial a la Carme Macià, amb qui he realitzat de forma conjunta el material i el vídeo.

I en darrer lloc, però no menys important, en Gerard Freudenthal, per prestar-se a actuar com a pacient en el material audiovisual, per fer possible el muntatge d'aquest material i per la seva paciència, dia a dia, suportant-me davant l'ordinador.

A tots ells, moltes gràcies per la seva col·laboració.

1. Definició	5
2. Objectius	5
3. Quan són necessaris els canvis posturals?	6
3.1. Escala de Norton modificada	6
3.2. Escala de Braden	8
4. Tècniques	9
4.1. Tècnica a escollir i motius	9
4.2. Canvis en sedestació	10
4.3. Canvis al llit	10
4.4. Freqüència dels canvis posturals	11
5. Com es realitzen els canvis posturals?	11
5.1. Els canvis posturals en la fractura de maluc.	11
5.2. Els canvis posturals en la pròtesi de genoll.	12
5.3. Els canvis posturals en la fractura d'húmer	13
5.4. Els canvis posturals en la fractura lumbar	13
5.5. Els canvis posturals en l'ictus	13
5.6. Els canvis posturals en els problemes respiratoris	15
5.7. Els canvis posturals en els grans edemes.	15
5.8. Postura adequada per realitzar sedestació al llit	16
6. Control de la realització de canvis posturals	16
7. Mesures que completen l'actuació en els canvis posturals	16
7.1. Dispositius per reduir o alleujar la pressió	17
7.1.1. Dispositius estàtics	17
7.1.2. Dispositius dinàmics	19
7.2. Com escollir una SEMP	20
7.3. Estudis sobre les SEMP	20
7.4. Implicacions per a la investigació	21
7.5. Altres estudis i guies de prescripció	21
8. Materials que ajuden a realitzar canvis posturals	22
9. Conclusions	22
10. Bibliografia	25

1

Definició

Els canvis posturals són modificacions de la posició del cos o bé d'alguna de les seves parts en l'espai, realitzats tant pel propi usuari com pels seus cuidadors per tal d'aconseguir objectius diversos.

2

Objectius (1)

Són objectius dels canvis posturals:

- Proporcionar confort al pacient.
- Evitar la síndrome per immobilitat o combatre-la: a més de canvis posturals seran necessàries altres actuacions de fisioteràpia per evitar-la. Dins de la síndrome per immobilitat, els canvis posturals pretenen:
 - Evitar les úlceres per pressió (UPP).
 - Juntament amb altres tècniques, defugir:
 - complicacions respiratòries
 - complicacions circulatòries
 - deformitats articulars

La síndrome per immobilitat és la disminució de la capacitat d'exercir activitats pròpies de la vida diària per deteriorament de les funcions motrius. La síndrome per immobilitat és deguda a períodes perllongats d'inactivitat.

Una UPP és una lesió a la pell i als teixits subjacents produïda en exercir una pressió sobre un pla o prominència òssia, que provoca un col·lapse sanguini en aquest nivell. Si es manté durant un període de temps superior a una hora pot produir un conjunt de processos que tendeixen a la isquèmia i, per tant, la mort dels teixits afectats (2).

3

Quan són necessaris els canvis posturals?

Per saber quines persones necessitaran canvis posturals i quines no, existeixen diverses escales de valoració. Aquestes escales es basen en el perill d'aparició d'UPP.

Les dues escales validades i més utilitzades en l'àmbit sanitari nacional per valorar el risc que presenta una persona per desenvolupar UPP són:

- Escala de Norton modificada. Publicada el 1962.
- Escala de Braden. Publicada el 1987 (1).

La sensibilitat d'aquestes dues escales és del 70% al 100% i la seva especificitat del 60% al 90%.

Aquestes dues escales són, a més, les utilitzades pel Grup Nacional per a l'Estudi i Assessorament en Úlceres per Pressió (GNEAUPP) i ferides cròniques, que utilitza en primer lloc l'Escala de Braden (3).

Existeixen altres escales de valoració; la semblança entre unes i altres és notable, però no totes estan validades. Aquestes són (4):

- Escala de Waterlow (1985)
- Escala de Rubio- Soldevila (1985)
- Escala d'Arnell (1984), (veure Annex)
- Escala de Shanon (1985)
- Escala d'Ek & Bowman (1982)
- Escala de Gosnell (1973)
- The Pressure Sore Prediction Store (1987)
- Escala de Douglas (1986)
- Escala d'Andersen (1982)
- Escala Nova – 4 (1994)
- Walssall Community Risk Sore Calculator (1993)
- Strarthened Pressure Sore Risk Scale (1996)
- Escala de Zorroaga (1996)
- Escala de Knoll (1982)

3.1

Escala de Norton modificada

Aquest escala valora cinc aspectes (1):

- estat físic general
- estat mental
- activitat
- mobilitat
- incontinència

Cadascun d'aquests aspectes es puntua de l'1 al 4, sent 1 el valor per a major deteriorament i 4 el valor per a menor deteriorament. La puntuació a obtenir va des de 5 (màxim risc) fins a 20 (mínim risc). Així:

- índex de 5 a 11 punts: risc molt alt
- índex de 12 a 14: risc evident
- índex >14: risc mínim o no risc

És a dir, quants menys punts, més risc. La modificació que es porta a terme en l'Escala de Norton és un canvi en la puntuació: en l'Escala de Norton no modificada a més punts, més risc.

ESCALA DE NORTON MODIFICADA		
Estat físic general	Bo: Nutrició: Persona que realitza 4 menjades diàries. Pren tot el menú, una mitjana de 4 racions de proteïnes 2.000 Kcal. Índex de Massa Corporal (IMC) entre 20-25. Líquids: 1.500-2.000cc/dia (8-10 gots). Tª corporal: de 36-37°C. Hidratació: Persona amb el pes mantingut, mucoses humides i rosades i recuperació ràpida del plec cutani.	4
	Mitjà: Nutrició: Persona que realitza 3 menjades diàries. Pren més de la meitat del menú, una mitjana de 3 racions de proteïnes/dia i 2.000 Kcal. IMC>20 i <25. Líquids: 1.000-1.500cc/dia (5-7 gots). Tª corporal: de 37º a 37,5ºC. Hidratació: Persona amb farcit capil·lar lent i recuperació del plec cutani lent.	3
	Regular: Nutrició: Persona que realitza 2 menjades diàries. Pren la meitat del menú, una mitjana de 2 racions de proteïnes al dia i 1.000 Kcal. IMC>50. Líquids: 500-1.000cc/dia (3-4 gots). Tª corporal: de 37,5º a 38ºC. Hidratació: Lleugers edemes, pell seca i escamosa. Llengua seca i pastosa.	2
	Molt dolent: Nutrició: Persona que realitza 1 menjada al dia. Pren un terç del menú, una mitjana d'1 ració de proteïnes al dia i menys de 1.000Kcal. IMC>50. Líquids: <500cc/dia (<3 gots). Tª corporal: + de 38,5º o - de 35,5ºC. Hidratació: Edemes generalitzats, pell seca i escamosa. Llengua seca i pastosa. Persistència del plec cutani.	1
Estat mental	Alerta: Pacient orientat en temps, persona i lloc. Respon adequadament a estímuls visuals, auditius i tàctils. Comprèn la informació.	4
	Apàtic: Alertat, oblidatís, somnolent, passiu, matusser, mandrós. Davant d'estímuls reacciona amb dificultat i roman orientat. Obeeix ordres senzilles. Possible desorientació en el temps i resposta verbal lenta, vacil·lant. Si no hi ha estímuls forts es torna a adormir. Intermitentment desorientat en temps, lloc i/o persona.	3
	Estuporós: Desorientat en temps, lloc i persona. Desperta només davant estímuls dolorosos, però no hi ha resposta verbal. Mai està totalment despert.	2
	Comatós: Desorientat en temps, lloc i persona. Absència total de resposta, fins i tot la resposta reflexa.	1
Activitat	Total: És totalment capaç de canviar de postura corporal de forma autònoma, mantenir-la o sustentar-la.	4
	Disminuïda: Inicia moviments amb bastanta freqüència, però requereix ajuda per realitzar, completar o mantenir-ne alguns.	3
	Molt limitada: Inicia mobilitzacions voluntàries amb escassa freqüència i necessita ajuda per realitzar tots els moviments.	2
	Immòbil: És incapaç de canviar de postura per si mateix, mantenir la posició corporal o sustentar-la.	1
Mobilitat	Ambulant: Capaç de caminar sol, encara que s'ajudi d'aparells amb més d'un punt de recolzament o porti pròtesi.	4
	Camina amb ajuda: La persona és capaç de caminar amb ajuda o supervisió d'una altra persona i amb o sense mitjans mecànics, com aparells amb més d'un punt de recolzament.	3
	Assegut: La persona no pot caminar, no pot mantenir-se de peu, és capaç de mantenir-se assegut o pot mobilitzar-se en una cadira o sofà. La persona precisa ajuda humana i/o mecànica.	2
	Enllitat: Dependent per a tots els seus moviments. Precisa ajuda humana per aconseguir qual-sevol objecte (menjar, fer-se la neteja personal...).	1
Incontinència	Cap: Control d'ambdós esfínters. Implantació de sonda vesical i control d'esfínter anal.	3
	Ocasional: No controla esporàdicament un o ambdós esfínters en 24 hores. Col·locació adequada d'un col·lector amb atenció a les fugues, pinçaments i punts de fixació.	2
	Urinària + fecal: No controla cap dels seus esfínters.	1

Cal tenir en compte, a més, com a major risc per la seva sola aparició en el pacient, les malalties concomitants, que causen deteriorament en la pell: DM, AVC, isquèmia o trombosi en extremitat inferior, sèpsia, neoplàsia en tractament amb citostàtics.

3.2

Escala de Braden

Valora sis aspectes (1):

- percepció sensorial
- humitat
- activitat
- mobilitat
- alimentació
- fregament i clivelles

Els ítems es valoren d'1 a 4, excepte el darrer (fregament i clivelles) que es valora d'1 a 3, on 1 significa major risc i 4 risc mínim. El resultat de la suma de les puntuacions obtingudes en les diferents categories pot oscil·lar entre 6 i 23 punts.

Segons la puntuació obtinguda, s'identifiquen els següents grups de risc:

- <12 = risc alt
- 13-15 = risc mig
- 16-18 = risc baix
- >19 = sense risc

ESCALA DE BRADEN		
Percepció sensorial Capacitat per reaccionar davant d'una molèstia relacionada amb la pressió	Sense limitacions: Respon a ordres verbals. No presenta dèficit sensorial que pugui limitar la seva capacitat d'expressar o sentir dolor o malestar.	4
	Lleugerament limitada: Reacciona a ordres verbals però no sempre pot comunicar les seves molèsties o la necessitat que el canviï de posició, o presenta alguna dificultat sensorial que limita la seva capacitat per sentir dolor o malestar, com a mínim, en una de les extremitats.	3
	Molt limitada: Reacciona només a estímuls dolorosos. No pot comunicar el seu malestar excepte mitjançant queixes o agitació, o presenta un dèficit sensorial que limita la seva capacitat per percebre dolor o molèsties en més de la meitat del cos.	2
	Completament limitada: En tenir disminuït el nivell de consciència o en estar sedat, el pacient no reacciona a estímuls dolorosos (es queixa i s'estremeix o s'agafa), o capacitat limitada per sentir dolor en la major part del cos.	1
Exposició a humitat	Rarament humida: La pell està generalment eixuta. La roba de llit es canvia d'acord a uns intervals fixats pels canvis de rutina.	4
	Ocasionalment humida: Requereix un canvi suplementari de roba de llit aproximadament una vegada al dia.	3
	Sovint humida: La pell està humida sovint, però no sempre. La roba de llit s'ha de canviar, com a mínim, una vegada per torn.	2
	Constantment humida: La pell està constantment humida per sudoració, orina, etc.	1
Activitat	Deambula freqüentment: Deambula fora de l'habitació com a mínim dues vegades al dia, i dins l'habitació, com a mínim, dues hores durant les hores de passeig.	4
	Deambula ocasionalment: Durant el dia, però en distàncies molt curtes. Passa la major part de les hores diürnes al llit o a la cadira de rodes.	3
	En cadira: Pacient que no pot caminar o amb deambulació molt limitada. No pot sostenir el seu propi pes i/o necessita ajuda per passar a una cadira normal o de rodes.	2
	Enllitat/da: Efectua freqüentment importants canvis de posició sense ajuda.	1
Mobilitat Capacitat per canviar i controlar la posició del cos	Sense limitacions	4
	Lleugerament limitada: Efectua amb freqüència lleugers canvis en la posició del cos o de les extremitats per si mateix/a.	3
	Molt limitada: Ocasionalment efectua lleugers canvis en la posició del cos o de les extremitats, però no és capaç de fer canvis freqüents o significatius sol/a.	2
	Immòbil: No pot realitzar cap canvi de la posició del cos o d'una extremitat sense ajuda.	1

Continua a la pàgina següent.

ESCALA DE BRADEN		
Nutrició	Excel·lent: Ingereix la major part de cada menjada. Mai refusa una menjada. Habitualment menja un total de quatre o més serveis de carn i/o productes làctics. Ocasionalment menja entre hores. No necessita suplementes dietètics.	4
	Adequada: Pren més de la meitat de la majoria de les menjades. Menja un total de quatre serveis al dia de proteïnes (carn o productes làctics). Ocasionalment pot refusar una menjada, però prendrà suplement dietètic si se li ofereix. O rep nutrició per sonda nasogàstrica o per via parenteral, cobreix la majoria de les seves necessitats nutricionals.	3
	Probablement inadequada: Rarament fa una menjada completa i generalment menja només la meitat dels aliments que se li ofereixen. La ingesta proteica inclou només tres serveis de carn o productes làctics al dia. Ocasionalment pren un suplement dietètic o rep menys de la quantitat òptima d'una dieta líquida o per sonda nasogàstrica.	2
	Molt pobre: Mai ingereix una menjada completa. Rarament pren més d'un terç de qualsevol aliment que se li ofereix. Diàriament pren dos serveis o menys amb valor proteic (carn o productes làctics). Beu pocs líquids. No pren suplementes dietètics líquids o està en dejú i/o dieta líquida o sèrum més de cinc dies.	1
Fregament i risc de lesions	No existeix problema aparent: Es mou al llit i a la cadira amb independència i té prou força muscular per aixecar-se completament quan es mou. En tot moment manté una bona posició al llit i a la cadira.	3
	Problema potencial: Es mou molt dèbilment o requereix mínima assistència. Durant els moviments, la pell probablement frega contra els llençols, la cadira, els sistemes de subjecció o altres objectes. La major part del temps manté relativament una bona posició a la cadira o al llit, encara que en ocasions por relliscar cap avall.	2
	Problema: Requereix moderada i/o màxima assistència per ser mogut. És impossible aixecar-lo/a completament sense produir un lliscament entre els llençols. Freqüentment llisca cap avall al llit o a la cadira.	1

4

Tècniques

4.1

Tècnica a escollir i motius (5)

Les tècniques de canvis posturals que hem escollit són les de Max Abric i Paul Dotte. Hem escollit aquestes tècniques perquè són les més àmplies i universalment conegudes, i les més aplicades en l'àmbit sanitari. Són tècniques basades en l'ergomotricitat. L'ergomotricitat intenta evitar lesions i vol que el treball sigui més fàcil, per això intenta estalviar energia. Poden aplicar-se a qualsevol tipus de treball i pretenen actuar sobre les actituds del treballador i també sobre el mitjà que l'envolta. En el treball del fisioterapeuta, a més, s'incidirà especialment en la protecció de la persona de qui es té cura.

Les tècniques de Max Abric i Paul Dotte són dues: el mètode GAPA, gestos i activació gestual específica per a les persones grans, i el mètode de Manutenció Manual dels Malalts. Ambdós mètodes estudien la millor manera d'aprofitar les capacitats de la persona gran i del cuidador per dur a terme la mobilització activa o passiva del pacient durant tot el dia.

En aquest Manual escollirem part d'aquestes tècniques per dur a terme els canvis posturals. Hem de remarcar aquí que aquestes interessants tècniques són molt més àmplies i que aquí només en desenvoluparem unes breus pinzellades.

Com a annex del Manual hem enregistrat un vídeo que mostra alguns canvis posturals. S'hi poden observar algunes de les pautes més importants desenvolupades en el Manual aplicades a la vida real. Es veuen clarament algunes de les dificultats amb què habitualment es troben els pacients i els cuidadors. En aquest vídeo s'observa on apliquem les transferències i mobilitzacions del mètode Paul Dotte i GAPA. Les transferències que hem escollit són:

1. Redreçament assegut 1
2. Trasllat estirat passiu 2
3. Instal·lació al llit 2
4. Redreçament assegut II 3
5. Trasllat amb llençol 4
6. Redreçament amb llençol 4

Hem realitzat petites modificacions respecte dels dibuixos del llibre per adaptar-nos a les característiques del nostre pacient.

De forma general direm que existeixen dos tipus de canvis posturals:

4.2

Canvis en sedestació (6)

Pretenen canviar la pressió a la zona isquiàtica. La sedestació augmenta perceptiblement les pressions isquiàtiques i la inclinació pèlvica lateral pot afectar la distribució de la pressió sobre les natges, per tant, l'obtenció d'una postura el més adequada possible és crucial en la selecció d'un sistema de seient. En una correcta sedestació, el 65% del pes del cos recau sobre la zona isquiàtica.

Molts malalts passen gran part del dia en sedestació. La norma més important per a aquests casos és: la cadira de rodes només serveix per traslladar-se d'un lloc a un altre. Quan no és moment de trasllat, s'ha de seure en una cadira o butaca. Això obliga a realitzar múltiples canvis al llarg del dia (anar al vàter, a una activitat, a l'habitació...). Per a les persones que requereixen canvis posturals és necessari valorar si necessitaran ajeure's durant el dia a estones per evitar l'excés d'hores en sedestació. Una migdiada pot ésser un bon moment per passar una hora al llit i evitar així la pressió excessiva als glutis.

No obstant existeix un cert nombre de pacients neurològics que només troben confort en cadires especialment dissenyades per a ells, o bé només toleren la sedestació a la cadira de rodes (a butaques o cadires apareix alt risc de caiguda o lesió per pressió amb els braços del seient difícil de resoldre, desconfort).

En aquests pacients s'ha de valorar molt bé la necessitat d'ajeure's diverses vegades al dia per modificar la pressió. Algunes cadires de rodes ofereixen l'opció de reclinar i vascular el seient uns graus per canviar la pressió sobre els isquis.

Els reposapeus que són massa alts o massa baixos poden donar lloc a la incorrecta distribució de la pressió entre les cuixes i a tuberositats isquiàtiques. Els reposapeus s'han de col·locar de forma que el maluc quedi a 90° respecte del tronc i que la cuixa no es clavi a la part anterior del seient.

Alguns pacients podran realitzar transferències de forma autònoma. Fins i tot se'ls haurà d'ensenyar a realitzar elevacions dels glutis al seient cada 15 minuts, aproximadament, per eliminar la pressió si preserven una bona capacitat d'aprenentatge.

La tècnica per canviar de cadira a cadira i realitzar les transferències, es portarà a terme en un altre manual per no allargar més l'actual.

4.3

Canvis al llit (1)

Les postures a utilitzar més adequades són el decúbit supí (DS) i el decúbit lateral (DL) dret i esquerre.

En la pràctica clínica, aquestes tres postures són les més utilitzades, atès que són generalment les que aporten major confort al pacient. Han d'aplicar-se algunes variables a aquestes posicions, com l'elevació del capçal del llit o dels peus, depenent de les necessitats del pacient. L'elevació del capçal no ha de ser major de 30° per evitar cisallament al sacre en DS.

En els decúbits laterals no s'han de sobrepassar els 45° d'inclinació pel mateix motiu (2).

Diversos estudis han demostrat que la inclinació de la pelvis cap enrere (30°) en els decúbits laterals disminueix considerablement la pressió respecte a mantenir el trocànter a 90° amb el matalàs (6).

No hem trobat estudis concrets que comparin aquesta postura amb la proposada com a postura de confort pel mètode GAPA, que recomana anterioritzar la pelvis cap endavant en els decúbits laterals. Creiem que aquesta postura és més ergonòmica que la descrita anteriorment.

4.4

Freqüència dels canvis posturals (1)

La freqüència òptima en la realització de canvis posturals hauria de ser cada 2 hores durant el dia i cada 3 o 4 hores durant la nit.

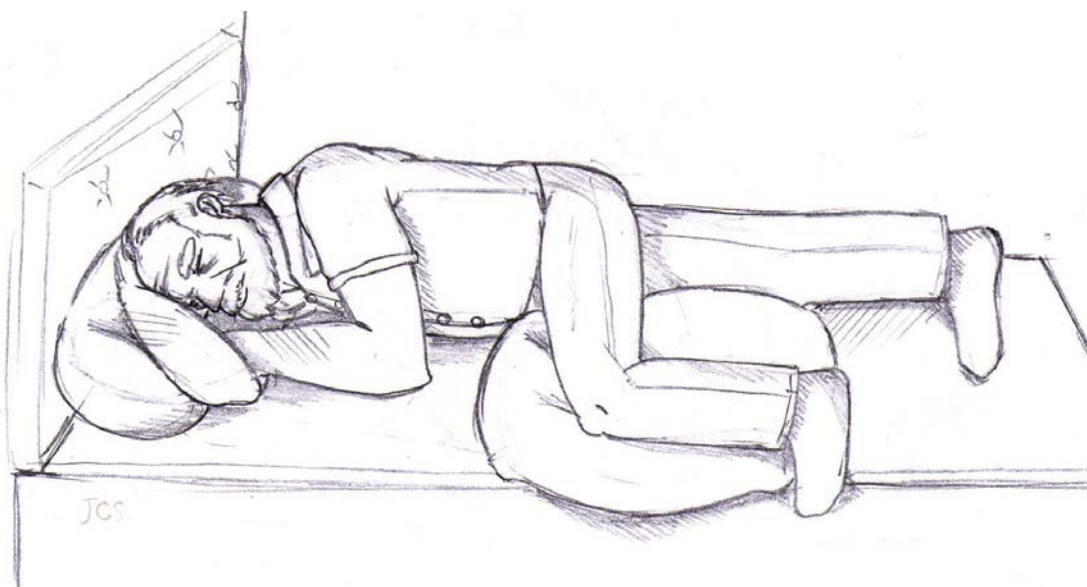
Encara que això és una norma general, hi haurà pacients tan fràgils que necessitaran canvis cada menys temps. En ocasions s'ha d'eliminar o minimitzar el temps del canvi postural sobre una zona perquè aquesta zona presenta més risc d'ulceració o perquè resulta menys confortable que una altra postura per al pacient.

5

Com es realitzen els canvis posturals

5.1

Els canvis posturals en la fractura de maluc (7)



S'ha d'evitar l'adducció (ADD) i la rotació interna en decúbit lateral contralateral a la lesió. Per això es col·locarà un coixí entre les dues cames. Això és crucial quan s'ha necessitat una pròtesi de Moore.

En la resta de fractures de fèmur a altres nivells, aquesta mateixa posició provoca confort. És crucial la prevenció d'UPP al taló de la cama afectada, atès que, en aquests pacients, apareix amb més facilitat que en altres zones.

En DS, quan la flexió de genoll és dolorosa, per desgravar el recolzament del taló al matalàs pot ésser útil col·locar un coixí des de mitja cuixa aproximadament fins al taló. Això acostuma a succeir, sobretot, en el postoperatori immediat i durant les primeres 2 o 3 setmanes. S'ha d'evitar la rotació externa de la cama col·locant un coixí a la part externa de la cama en la posició de DS.

Hem d'orientar el llit de manera que la persona, a l'hora d'aixecar-se, sempre pugui col·locar primer la cama sana al terra i després la fracturada.

En sedestació, tant a la tassa de vàter com a les cadires, s'ha d'evitar la flexió de maluc de més de 90°; evitar els seients baixos i col·locar una alça al vàter que no estigui adaptat en altura.

5.2

Els canvis posturals en la pròtesi de genoll (8)



S'ha d'evitar la sedestació en llocs massa baixos per evitar una excessiva flexió de genoll. Al llit, en la posició DL contralateral a la lesió, es col·locarà un coixí entre les dues cames per aportar major confort.

En DS pot ésser útil col·locar un coixí des de mitja cuixa, aproximadament, fins al taló per facilitar el drenatge de la cama. Aquesta intervenció acostuma a provocar menys incomoditat per moure's al llit que la pròtesi de maluc, motiu pel qual és possible que trobem pacients que prefereixin no dormir amb el coixí sota de la cama perquè al moure's durant la nit, els hi cau la cama del coixí i els hi provoca més dolor.

Hem d'orientar el llit de manera que el pacient, a l'hora d'aixecar-se, sempre pugui col·locar primer la cama sana a terra i després la fracturada.

5.3

Els canvis posturals en la fractura d'húmer (9)



En les fractures d'húmer és recomanable elevar entre 30° i 45° el capçal del llit en DS; això ajuda a mantenir la fractura alineada i aporta confort durant les primeres setmanes. Pot realitzar-se el DL contrari a la fractura.

5.4

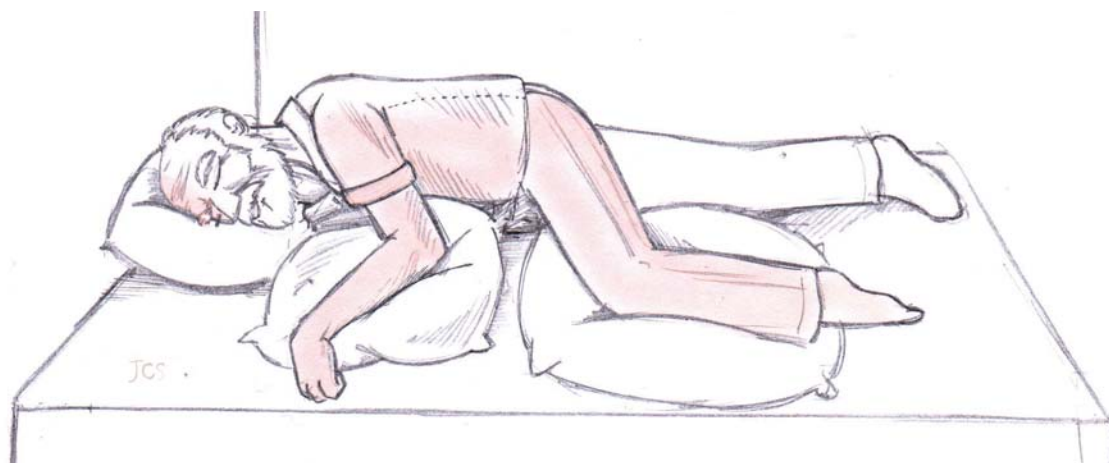
Els canvis posturals en la fractura lumbar

Cal tenir en compte que el pacient ha de moure's en bloc en les primeres fases. En aquests casos, la sedació perllongada és la postura més difícil de suportar i cal realitzar-la amb precaució, sempre segons la tolerància del pacient i la informació que ens doni la radiografia, en cada cas.

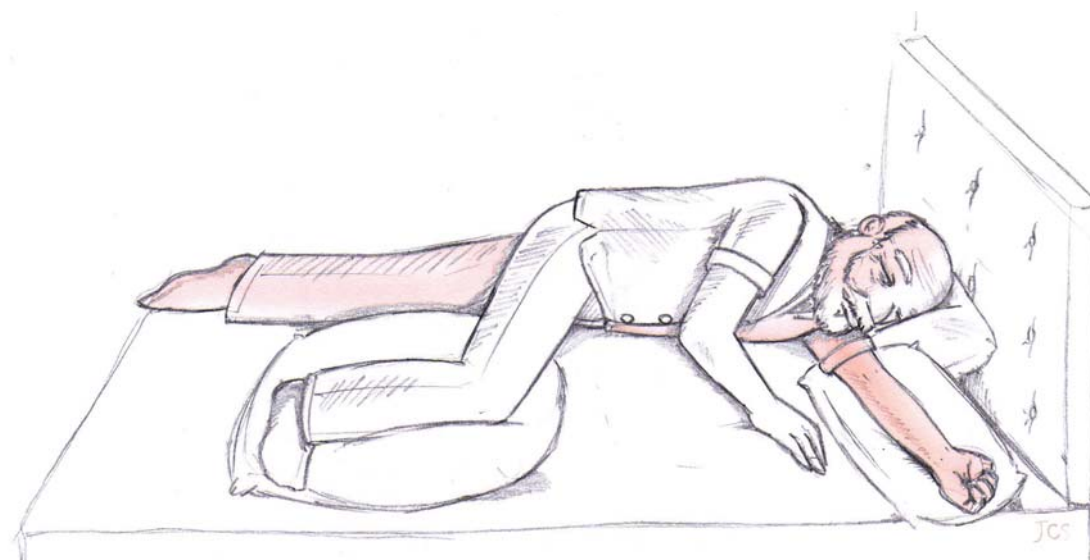
5.5

Els canvis posturals en l'ictus (10)

De forma general, podem realitzar canvis posturals sobre el costat afectat. Quan col·loquem el pacient sobre el costat afectat, el canvi postural sobre aquest costat ha durar menys temps que sobre el costat sa o que el DS.



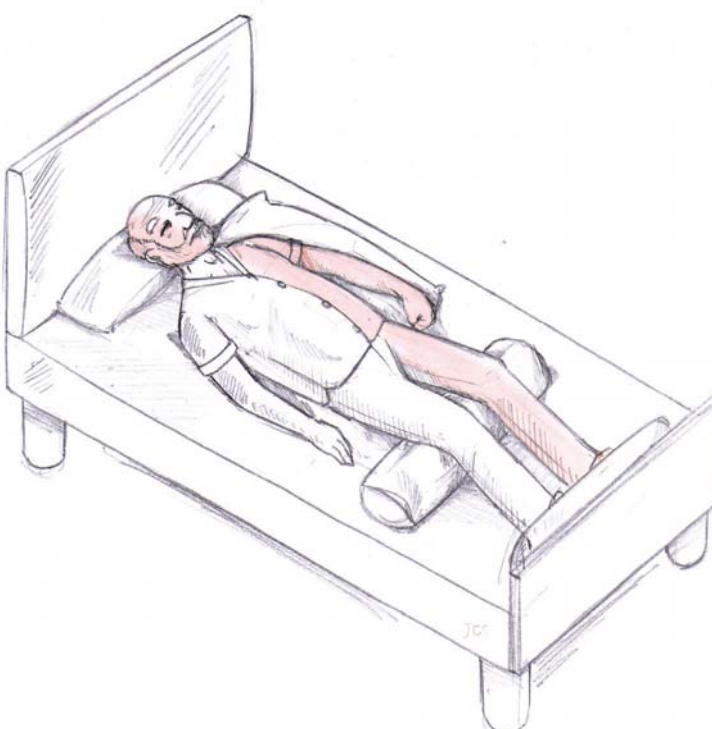
Els canvis posturals són crucials sobretot durant la primera etapa d'hipotonia. En funció de l'estat del pacient i de si presenta dolor, edema important o una disminució molt marcada de la sensibilitat del costat afectat, cal que evitem el decúbit homolateral a la lesió.



En el DL homolateral a la lesió caldrà posar especial atenció a: col·locar l'espatlla contrària lleugerament endavant i inclinar el tronc una mica enrere, també cal mantenir el braç més estès (respectant una lleu flexió de colze) quan sigui possible; cal col·locar un coixí sota la cama que queda per sobre.

En DL contralateral a la lesió: col·locar el braç afectat sobre un coixí per afavorir la circulació de retorn i fer els possibles per mantenir una correcta alineació, també s'ha de col·locar un coixí sota la cama que queda per sobre.

En DS col·locar un coixí on pugui reposar l'extremitat superior afectada. Col·locar un coixí als peus que eviti la posició del peu afectat en equí.



5.6

Els canvis posturals en els problemes respiratoris

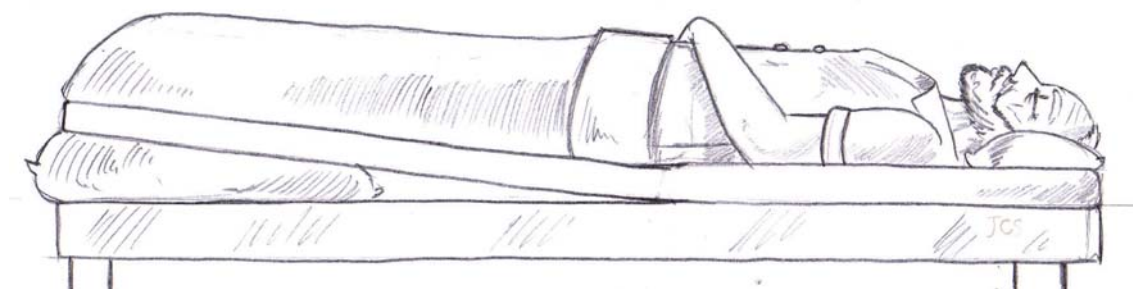


La dispnea provoca desconfort quan el pacient està estirat, per la qual cosa aquests pacients preferiran col·locar-se amb el tronc elevat al llit. A major dispnea, més vertical preferirà estar el pacient, amb el consegüent risc d'augment de pressió al sacre. D'altra banda, aquests pacients no acostumen a voler col·locar-se en DL, encara que ho han de fer amb el capçal aixecat cada poques hores per evitar la pressió excessiva al sacre.



5.7

Els canvis posturals en els grans edemes



Quan existeixi un edema a les extremitats inferiors caldrà elevar les cames al llit uns 30°.

5.8

Postura adequada per realitzar sedestació al llit

Quan una persona ha de fer repòs al llit, sempre hem de procurar realitzar sedestació a la butaca una o més vegades al dia, intentant fer coincidir aquestes hores amb els àpats. Quan això no sigui possible, s'haurà de fer sedestació al llit.

La persona s'ha de col·locar tan dreta com li sigui possible, amb el cap i el tronc alineats i el seu pes distribuït uniformement sobre ambdues natges; per aconseguir-ho elevem el capçal del llit si disposem de llits articulats o bé col·loquem coixins un sobre l'altre i contra la paret.

Cal utilitzar una tauleta regulable en alçada per proporcionar un punt de recolzament per als braços i per col·locar els objectes que li calguin. Les cames han d'estar estirades i evitar la rotació externa.



6

Control de la realització de canvis posturals (1)

És útil fer servir fulls de registre amb l'horari dels canvis posturals per realitzar el seguiment.

En aquest full hi ha de constar, com a mínim, l'hora del canvi i la posició utilitzada.

7

Mesures que completen l'actuació en els canvis posturals

Altres mesures que s'ha de tenir en compte:

- Utilitzar mesures mecàniques per mitigar la pressió en aquelles persones amb risc elevat d'UPP.
- Observar les zones de major risc de punts de pressió quan realitzem els canvis posturals.
- Aplicar i ensenyar a la família a realitzar massatges en sentit circular amb crema hidratant. No aplicar crema hidratant sobre la pell humida ni deixar que s'acumuli en els plecs cutanis sense ésser absorbida.
- Recalcar la importància de realitzar una ingesta de nutrients i una hidratació òptima.
- Evitar els fregaments de les superfícies cutànies entre si o amb altres objectes, així com mantenir la roba del llit neta, seca i sense arrugues. No utilitzar productes irritants per rentar la roba.
- Realitzar educació sanitària amb el cuidador.

7.1

Dispositius per reduir o alleujar la pressió (1)

Aquests dispositius es coneixen com a Superfícies Especials per al Maneig de la Pressió (SEMP) i es defineixen com 'qualsevol superfície sobre la qual pot recolzar-se un pacient amb la totalitat (matalàs) o una part del cos (coixins, protectors locals) en qualsevol posició'.

La seva configuració física i estructural presentarà propietats de reducció o alleujament de la pressió. Alguns poden, a més, reduir l'efecte de cisallament, el calor i la humitat i incrementar el benestar dels pacients. Aquests dispositius no constitueixen més que un conjunt de mitjans suplementaris que, en cap cas, poden substituir els canvis posturals. No s'han d'utilitzar dispositius en forma circular o d'anell atès que provoquen un augment de la pressió en les zones que envolten la part a protegir (2).

Per determinar la pressió a què estan sotmeses les zones corporals, es parla de l'Índex de l'Àrea de Pressió (IAP), que mostra la capacitat d'una superfície per redistribuir la pressió a través de l'àrea de contacte disponible. A major IAP, millors prestacions dels diferents dispositius.

Les característiques generals que hauria de tenir el dispositiu ideal són (6):

- Augmentar l'àrea de recolzament.
- Reducció de la pressió.
- Reducció de la fricció.
- Baixa retenció de la humitat.
- Reducció del calor, però sense arribar a transmetre fred.
- No complicar les transferències. En especial les vores han de ser més dures que la part central per evitar rrelliscar al seure al llit.
- Cost assequible.
- Compatibles amb els protocols de control d'infeccions: materials de fàcil neteja i desinfecció.
- Que existeixi en les mides adequades per a tots els usuaris.
- Que suportin el pes del pacient sense baixar el seu rendiment. Revisar el pes límit que el fabricant recomana per a cada producte.
- En el cas dels coixins, han de tenir propietats que evitin el lliscament del coixí des del seient. Fundes de tela antilliscant.
- Fabricats amb material ignífug.
- Cremalleries ocultes.
- Fundes antilliscants per als coixins.

Els dispositius de reducció de la pressió són els dispositius estàtics (2). El seu objectiu principal és que el pes del pacient es redistribueixi sobre una major superfície de recolzament més tova. Estan indicats per als pacients de baix a mig risc de desenvolupar UPP. Els sistemes estàtics no permeten aconseguir xifres de pressió per sota del llindar acceptat per produir tancament capil·lar (és a dir, xifres per sota de 16-20 mmHg).

Els dispositius d'alleujament de la pressió són els dispositius dinàmics que, mitjançant processos d'inflat i desinflat o altres, actuen variant els nivells de pressió de la superfície de contacte amb el pacient. El seu objectiu principal és la redistribució de la pressió de contacte mitjançant l'eliminació de les pressions durant períodes significatius de temps. Per tant, els sistemes dinàmics produeixen, encara que el pacient no pugui moure's per si mateix, canvis en la pressió de contacte dels diferents punts de recolzament del cos del pacient. Per tant estaran indicats en els pacients de major risc.

7.1.1

Dispositius estàtics (1)

Tipus i característiques:

Coixí o matalàs d'escuma de poliuretà de diferents densitats (6): Augmenta l'àrea de recolzament i redueix la pressió. Si presenten efecte memòria poden reduir la fricció. El cost és baix respecte a d'altres dispositius.

Els coixins estan disponibles en model pla o contornejat. També existeixen escumes amb efecte memòria tant per a coixins com per a matalassos: és a dir, quan ens hi recolzem, l'escuma pren la mateixa forma que el nostre cos, augmentant l'àrea de recolzament. Això últim s'ha de tenir en compte perquè encara que augmenta eficaçment l'àrea de recolzament, redueix la mobilitat de l'usuari al matalàs si és que l'usuari pot realitzar certs canvis per si mateix (és a dir, tindrem usuaris que no els tolerin).

Asseure's sobre escuma contornejada dóna lloc a una pressió més baixa i a una distribució més acceptable de la pressió que asseure's en escuma plana. La capacitat de l'escuma de reduir la pressió i conformar-se amb els contorns del cos és definida pel paràmetre de la desviació de la càrrega de l'osca.



Coixí antiescares d'espumes viscoelàstiques de diferents densitats.

Asseure's sobre escuma suau dóna lloc a una distribució de la pressió més baixa i a una distribució més acceptable de la pressió que quan seiem sobre una escuma més rígida. Una escuma més flexible, més suau s'adaptarà al contorn de les natges amb un major contacte amb el cos (embolcall). Això donarà lloc a una àrea de contacte major i a una distribució més uniforme de la pressió. Tanmateix, si l'escuma és massa suau pot provocar un enfonsament de les natges en el coixí i un augment de la pressió.

És a dir, l'escuma ha de ser d'una densitat prou tensa per evitar un enfonsament excessiu, però a la vegada ha de permetre un adequat increment de l'àrea de recolzament. A més, cal tenir en compte que el gruix sigui l'adient. Per als matalassos ha de ser entre 15-17 cm. segons el pes, i per als sobrematalassos entre 8 i 10 cm. Els talls a la superfície de matalassos i coixins redistribueixen millor el pes i redueixen la pressió. Els avantatges dels coixins d'escuma són la lleugeresa de pes i que tenen un cost inferior; com a desavantatge presenten una major fatiga dels materials que dóna com a resultat una esperança de vida relativament curta, que varia molt d'uns models a uns altres; retenen més l'escalfor i la neteja és difícil.

Els models adequats seran aquells que aportin bones cobertures protectores impermeables i de fàcil neteja de l'escuma. L'escuma és el material més habitual per a coixins i matalassos al mercat. Hi ha alguns models que pretenen evitar el lliscament del pacient a la cadira mitjançant la combinació de dues densitats de coixí que actuen com a falques.

La majoria de fabricants fan coixins i matalassos per a usuaris de fins a 120 quilos i alguns de fins a 150 quilos. Per a pesos majors cal acudir als productes bariàtrics. Hi ha matalassos amb diferenciació de densitat per a les diferents zones del cos.

Coixins plens de fluid flotació líquida de gel (silicones o viscoelàstics): són més eficaços en la reducció de les forces de cisallament conformant-se i reduint les forces horitzontals exercides en un coixí. Els coixins farcits de fluid estan coberts per un material de fàcil neteja, són eficaços per a una àmplia gamma d'usuaris, promouen una distribució més uniforme de la pressió i proporcionen, generalment, un millor control de la temperatura de la pell. El seu gran desavantatge és la seva gran tendència a deformar-se i el seu gran pes.

Matalàs o coixí d'aigua: de difícil maneig a causa del seu pes quan està ple. Requereix massa temps per a la seva col·locació i una punxada comportaria el vessament del líquid, fet que provocaria un augment de la humitat i possibles accidents. No dóna estabilitat i no ajuda a mantenir o corregir la postura.

Matalàs o coixí inflable d'aire o flotació estàtica: presenta risc de punxades. De vegades el soroll del motor no deixa dormir a l'usuari. Augmenta l'àrea de recolzament, redueix la pressió, redueix la fricció. No actua sobre la retenció d'humitat ni sobre el calor. El seu cost és baix. Permet la mobilitat de l'usuari sobre el matalàs si és capaç de realitzar petits moviments per si sol.



Coixí d'aire.
Fotografies realitzades gràcies a la col·laboració de Sirius, al seu local de Barcelona.

Pell d'anyell (1): redueix la humitat, pressió i fregament; actua com a sobrepapador; no produeix sensibilització ni al·lèrgia i és de fàcil neteja. Però provoca, amb facilitat, una gran calor i la consegüent sudoració a l'estiu. És millor utilitzar-lo només per a realçar proteccions locals a colzes i turmells. Provoca relliscades durant la seva col·locació als seients. Pot estar indicat en ambients freds, però se'ns torna en contra en ambients càlids.

Funda tubular: s'utilitza per protegir colzes i talons en la fricció. Augmenta l'àrea de recolzament.

Proteccions locals: s'utilitza per a colzes i talons. En són un exemple els apòsits hidrocel·lulars.

Cal recordar que les fundes de coixins i matalassos han de complir les següents característiques: ser extensibles, permeables al vapor, resistents a l'aigua, antimicrobianes, bacteriostàtiques, fungistàtiques, de base resistent i antilliscant, fàcil de netejar i de mantenir, i amb la cremallera oculta.

7.1.2

Dispositius dinàmics (1)

Sistemes rotatoris o llits i matalassos de posicionament lateral: ajuden en el canvi de posició manual del pacient o en la seva rotació o inclinació mitjançant un motor que s'activa cada cert temps. Són d'elevat cost. Pot causar sensació de mareig i por a les caigudes.

Matalàs d'aire fluïdificat: es componen d'una membrana que recobreix una capa de partícules que es fluïdiquen en passar aire amb força a través seu. El flux d'aire es pot parar, de manera que la superfície se solidifiqui de nou per permetre que es pugui moure la persona. No obstant això, complica les transferències, raó per la qual s'utilitza només en els casos que la persona estigui enllitada tot el dia. Són d'elevat cost. Augmenta l'àrea de suport, redueix la pressió i la fricció al màxim. No reté la humitat i, fins i tot, en existir un flux d'aire constant pot ressecar les UPP existents, empitjorant la seva curació, si no es té en compte aquest factor. Redueix l'acumulació de calor excessiva.

Matalàs d'aire alternant (6): augmenta l'àrea de recolzament, redueix la pressió i la fricció sota el matalàs d'aire fluïdificat, però per sobre dels dispositius estàtics. No actua sobre la retenció de la humitat ni de la calor. El seu cost és moderat, motiu pel qual acostuma a ser el matalàs d'elecció en la majoria dels casos. Permet al pacient realitzar petits ajustaments de la seva postura al llit. Els matalassos de bombolles d'aire suporten pesos de fins a 90 quilos. El material de construcció acostuma a ser PVC o bé PUVC. Aquest últim sembla resistir més el pas del temps sense endurir-se ni trencar-se.



Matalàs d'aire alternant.

Coixí d'aire alternant: permet la flotació dels glutis sobre el coixí. Redueix el cisallament de forma màxima. És important establir els ajustaments inicials de la pressió d'inflat per a una apropiada posició del cos al coixí. És necessari revisar el nivell d'inflat sovint.

El control postural ha de ser determinat per la naturalesa intrínsecament inestable dels coixins d'aire a les forces horitzontals, afectant el balanç, la funció i l'estabilitat del cos. Els desavantatges són la tendència a punxar-se, la necessitat de manteniment, dificultat en la reparació i realç de la deformitat postural en alguns casos. Comodat molt subjectiva. L'inflat requereix revisions d'acord amb el pes del pacient.



Coixí d'aire alternant.

La qualitat dels coixins i matalassos d'aire alternants vindrà descrita per (2):

- Altura de les cel·les: menys eficaços quan més petites són.
- Configuració de les cel·les: els tubs són més eficaços que les cel·les de tipus bombolla. Millor amb cèl·lules reemplaçables per unitat.
- Material de fabricació.

- Prestacions de la bomba: facilitat d'ús, alarmes de mal funcionament, possibilitat de variar la ferresa, sistema de connexió amb els tubs, grandària de la bomba, sistema de fixació al llit, soroll mentre funciona.
- Pressió regulable de forma manual o automàtica. Cicles de 10 minuts amb possibilitat de canvi.
- Mode d'alta pressió per afavorir els canvis i les cures.
- Mode de buidat ràpid per a reanimació cardiopulmonar (diferents fabricants ho ofereixen no baixant el temps dels 10-15 seg. fins al desinflat total).
- Presentar microperforacions per millorar la transpiració.
- Funda protectora ignífuga, impermeable, transpirable i amb tractament antibacterià.

7.2

Com escollir una SEMP

La major part de la bibliografia consultada recomana SEMP estàtiques durant les primeres etapes de l'aparició d'UPP per a pacients amb baix risc. Per a pacients d'alt risc recomanen una SEMP dinàmica. En el dia a dia d'un centre especialitzat en geriatria ens decantem per:

- A la llarga resulta més econòmic escollir una SEMP dinàmica que una estàtica per a aquells pacients que es troben en processos degeneratius al seu domicili.
- Com a sobrematalàs s'escull normalment el d'aire alternant perquè dins els dispositius d'alta tecnologia, aquest és el més econòmic, tot i que amb un preu una mica més elevat trobem sobrematalassos amb cèl·lules més grans, que aporten major confort i repartiment de pressions.
- El matalàs d'aire necessita poc espai per a l'emmagatzematge, facilitat de col·locació i neteja, poca necessitat de manteniment. Aquesta SEMP no està present al "Catàleg de prestacions ortoprotètiques a càrrec del Servei Català de la Salut". En aquest catàleg no hi apareix cap tipus de matalàs per l'alleugeriment o repartiment de la pressió.
- En el cas dels coixins, sí apareixen al "Catàleg de prestacions ortoprotètiques a càrrec del Servei Català de la Salut", però en realitat només se subministren de forma burocràticament factible els coixins d'escuma i els de flotació líquida (i totes les seves variants segons el fabricant). Els coixins d'aire alternant o de materials de més alta tecnologia requereixen ser tramitats en centres específics de prescripció i exigeixen la validació sanitària d'un especialista, fet que, a la pràctica, es tradueix en un augment del temps de tramitació de l'ajuda (majoritàriament mesos), encara que això depèn de cada regió sanitària. L'ajuda econòmica que el CatSalut aporta és d'uns 60 euros per als primers.

7.3

Estudis sobre les SEMP

Hem trobat dues revisions d'estudis clínics per esbrinar la veritable efectivitat dels diversos dispositius. A continuació sintetitzem les conclusions d'aquests estudis [11].

Cal tenir en compte que existeixen diferents nivells d'evidència o certesa en la pràctica clínica. En moltes ocasions, en el món de les ferides cròniques, per consideracions ètiques o morals, no podem passar d'un nivell de certesa a un altre atès que és molt escàs el nombre d'evidències absolutes (Nivell d'evidència A) disponibles. Per tant, hem de ser molt curosos i distingir si realment no existeixen evidències o si el que no es troba són evidències tipus A. Si és així, i si existeixen proves científiques, encara que aquestes no siguin de nivell A, s'han de considerar per a la seva utilització.

En general, hi ha evidència que algunes superfícies especialment dissenyades prevenen el desenvolupament de les UPP en pacients d'alt risc (encara que la definició d'alt risc varia d'uns estudis a uns altres). Aquestes superfícies són els matalassos d'escuma d'alta especificació [12].

No disposem d'evidència de prou qualitat i replicada que permeti recomanar les superfícies d'aire alternant i, en concret, els matalassos de pressió d'aire alternant, sobre l'alternativa del matalàs d'escuma d'alta especificació o d'altres superfícies. Tampoc no hi ha estudis de qualitat que mostrin evidència que l'alternativa del matalàs d'aire alternant és millor que la resta; en aquest sentit hi ha dos assajos clínics en curs.

En el tractament de l'alleujament de la pressió cal considerar en conjunt:

- Mobilització
- Canvis posturals
- Utilització de superfícies especials de recolzament
- Protecció local contra la pressió

La superfície d'alleujament no pot substituir els altres elements.

7.4

Implicacions per a la investigació (12)

Sobre les implicacions per a la investigació destaca la necessitat d'estudis de major qualitat en el disseny que permetin comparar l'efectivitat clínica i l'efectivitat en relació amb el cost dels diferents tipus de dispositius d'alleujament de pressió per als pacients amb diferents nivells de risc en diferents contextos. Destaquen els buits d'informació en:

- Comparacions entre dispositius de pressió alterna (alta tecnologia) entre si per a la prevenció en grups de risc molt alt.
- Matalassos de pressió alterna amb cobertors de pressió alterna menys costosos.
- Dispositius de pressió alterna amb opcions de tecnologia inferior (com diferents tipus de matalàs d'escuma d'alta especificació i altres dispositius de baixa pressió constant).
- També cal investigació sobre mètodes fiables de detecció de dany precoç de la pell, que és pronòstic de l'aparició d'UPP i de l'impacte de les UPP en la qualitat de vida.

7.5

Altres estudis i guies de prescripció

Hi ha diverses guies comercials de productes, algunes de les quals compten amb estudis de pressió dels diferents materials. L'accés a aquest material bibliogràfic en ocasions està restringit a professionals de l'ortopèdia.

Huntleigh healthcare (13): el seu catàleg ofereix fitxes amb la següent informació sobre el producte: IAP, característiques de la funda, pes màxim i dimensions.

Aporta una escala que associa el grau d'UPP amb els seus productes. Inclou certificats i acreditacions oficials d'alguns dels seus productes. El disseny de cel·les corbes evita que el pacient llisqui cap avall. Ofereix modalitats amb bateria per si hi ha problemes elèctrics o models de transport que deixen el matalàs inflat de 8 a 12 hores.

És un material pensat per a unitats de cures intensives pel seu elevat cost. Gran part dels seus productes porten associada bibliografia sobre els treballs de recerca realitzats.

VIRMEDIC Winncare group publica una guia de prescripció (13) en què es descriuen alguns dels seus productes (coixins) associats a una escala de risc que va de nul a elevat. Associa també les proves de repartiment de pressió i indica el pes que pot suportar cada coixí. Cal destacar d'aquesta guia el sobrematalàs de cèl·lules d'aire arrodonides *clearview* que aporta, segons *Winncare*, una protecció propera al nul, però com és el sobrematalàs més barat del mercat sol ser el més estès als centres geriàtrics. Tanmateix els matalassos d'escuma viscoelàstics, tot i ser dispositius no dinàmics, estan indicats, segons aquesta guia, per a riscos mitjans i elevats segons el model, encara que els matalassos no van acompanyats de mesures de les pressions.

Existeix un producte amb un estudi acabat el 2006 (14), l'*Axtair trimode automorpho Asklésanté winncare*. Es tracta d'un matalàs d'aire motoritzat. L'estudi es va fer amb persones adultes i ancianes enllitades més de 15 hores diàries amb mobilitat reduïda i risc elevat de desenvolupar UPP. En resum, la tolerància per al pacient es va valorar amb un 94% d'eficàcia, 90% per a la compatibilitat amb els actes de cura i un 88% per a

la seguretat. La millora de l'entorn lesional es valora amb un estudi de pressions, però es mesura en conjunt amb altres dades, com la comoditat, amb un ítem que s'anomena 'avaluació de la qualitat de vida'. Aquest ítem dona un resultat de 8,85 (1<10) amb una proporció d'1 a D0 i de 1,02.

En un altre estudi de **MHRA (Medicines and Healthcare products Regulatory Agency, UK)** (15) es valoren 3 matalassos estàtics d'escuma d'alta resistència.

Els punts de consideració de l'estudi van ser: 1) la pressió, estudiada amb un mapa de pressions per placa de calor. Segons aquest estudi els matalassos amb talls quadrats aporten millors resultats en pressió que els matalassos sense talls; 2) l'escalfor i el vapor, s'observa que el conjunt matalàs i funda és igual d'important en la transferència de l'escalfor i del vapor i, 3) vida del matalàs, es va mesurar el percentatge de canvis en el matalàs després de 100.000 aplicacions. La vida del matalàs va ser similar per als 3 matalassos estudiats.

És l'únic estudi, de tots els analitzats, que valora científicament la humitat i la transferència d'escalfor a més de la pressió.

Invacare, associa els seus productes amb l'Escala de Norton modificada.

8

Materials que ajuden a realitzar canvis posturals

En aquest apartat se citen diversos materials que tenen aquesta funció, entre els quals trobem:

- Materials lliscants: s'utilitzen per facilitar el trasllat del pes sobre el llit.
- Els materials antilliscants: serveixen per evitar el lliscament al llit o a la cadira. Són teixits plàstics amb agafadors o no, de diferents mides i propietats adherents o de lliscament.
- Material inflable per mantenir el DL. De gran utilitat quan el cuidador presenta greus problemes per manipular càrregues dins el llit.
- Coixí de posicionament (16). Es tracta d'un coixí altament mal·leable i adaptable que permet col·locar cada segment corporal en la posició més confortable. Està farcit de boletes de material lleuger (semblant al porexpan) que permet una total mobilitat del farcit. *Winnicare* l'inclou en el seu catàleg.

9

Conclusions

La síndrome d'immobilitat és la disminució de la capacitat per desenvolupar les activitats de la vida diària per un deteriorament de les funcions motores. La síndrome d'immobilitat es deu a períodes perllongats d'inactivitat. Quan oferim la possibilitat de realitzar activitat física, per petita que ens sembli (un petit trasllat), ja estem lluitant contra aquesta síndrome i una de les seves complicacions: les UPP.

Una UPP és una lesió de la pell i dels teixits tous subjacents que es produeix quan s'exerceix pressió sobre un pla o prominència òssia i que provoca un col·lapse sanguini en aquest nivell. Si es manté la pressió durant un temps superior a una hora pot produir una sèrie de processos que tendeixen a la isquèmia i, per tant, a la mort dels teixits.

Qualsevol activitat (com realitzar un petit trajecte caminant o ajudar a recol·locar la persona al seient) modifica els punts de recolzament del cos i, per tant, disminueix la pressió en un mateix punt.

La freqüència recomanada per a la realització dels canvis posturals és cada 2 hores durant el dia i cada 3 o 4 hores a la nit. Encara que en ocasions hauré de realitzar canvis posturals amb una major freqüència segons l'estat del pacient.

No hem d'oblidar la necessitat de realitzar canvis posturals en sedestació, cal canviar de seient i evitar la sedestació contínua a la cadira de rodes. Els períodes de sedestació han de combinar-se amb els de decúbit.

Els canvis posturals són una de les mesures més importants per evitar UPP, atès que disminueixen la pressió sobre els teixits. Els canvis posturals han de ser una acció rutinària en la infermeria, al mateix nivell que els canvis de l'absorbent o que l'administració de medicació.

L'ús d'escala per valorar el risc d'UPP és indispensable. Existeixen gran varietat d'escala de valoració del risc d'UPP i, per tant, cal escollir aquelles que estan validades i s'usen més àmpliament. Això permetrà realitzar comparacions entre els estudis i unificar criteris. En aquest Manual hem escollit les escales de Braden i Norton com les de major utilitat.

Després d'analitzar les escales de Norton i de Braden, observem que els ítems d'activitat i mobilitat es poden interpretar de forma vaga i imprecisa. L'Escala de Norton defineix la 'mobilitat' com 'la capacitat per a deambular' i l'ítem 'activitat' com 'la capacitat per canviar de postura'.

En canvi Braden interpreta els termes 'activitat' i 'mobilitat' al revés, utilitza la paraula 'mobilitat' per definir la capacitat de canviar de postura i el mot 'activitat' per definir la capacitat de deambular.

Molts pacients són capaços de caminar de manera autònoma durant el dia, però durant la nit no poden canviar de postura quan estan adormits, per tant, això hauria de quedar reflectit en l'escala. Per tot això, creiem que les escales haurien de valorar els ítems de mobilitat i d'activitat de manera més concreta. Ens atrevim a proposar la següent idea:

Capacitat deambulatoria i hàbit per a deambular	Deambula de forma autònoma.	4
	Es troba en una cadira de rodes però és autònom per fer les transferències i és capaç d'elevat les natges de tant en tant per eliminar les pressió.	3
	Cadira de rodes sense possibilitat de realitzar transferències de manera autònoma. Deambula amb ajuda o vigilància d'una persona o li cal estimulació externa per començar a caminar, atès que, per costum, no deambula ni realitza transferències.	2
	Enllitat.	1
Capacitat per moure's durant el son	És capaç de tombar-se al llit sense dificultat quan dorm.	3
	Es mostra agitat al llit: mou les extremitats sobre la superfície del llit però no pot tombar-se, per la qual cosa augmenta el risc de fricció.	2
	No es mou mentre dorm o no pot moure's ni despert ni adormit; o només tolera una determinada postura al llit ja sigui per un problema mèdic (prescripció d'immobilitat absoluta) o per incomoditat.	1

D'altra banda, no tots els pacients que requereixen canvis posturals necessiten el mateix grau d'ajuda per realitzar-los; com en innumerables ocasions recomanem també aquí la màxima "fer-ho tot per ells, però res en el seu lloc". Si tenim aquesta idea ben present, els canvis posturals seran una eina per afavorir el moviment autònom.

Les tècniques utilitzades per realitzar canvis posturals han de ser ergonòmiques.

Existeixen situacions concretes que cal tenir en compte per introduir modificacions a l'hora de fer els canvis posturals (p. ex.: pròtesi de maluc).

Hi ha superfícies d'alleujament i de reducció de la pressió. Les de reducció s'utilitzen en pacients amb risc lleu o moderat; les d'alleujament s'utilitzen en pacients amb risc moderat o alt.

Les superfícies d'alleujament o reducció de la pressió no eliminen la necessitat de fer canvis posturals.

Al mercat existeixen molts dispositius d'alleujament i reducció de la pressió, les seves característiques i preus són múltiples.

Actualment existeixen pocs estudis determinants que demostrin l'absoluta funcionalitat d'alguns dispositius d'alleujament o reducció de la pressió sobre d'altres. No obstant el seu ús sí que és útil.

Diversos estudis han demostrat que no s'han d'utilitzar els dispositius tipus 'donut' per a la reducció de la pressió. Aquests dispositius eviten la pressió en una part del teixit (la que queda lliure de pressió al centre del 'donut'), però l'augmenten considerablement en l'àrea de recolzament del coixí o talonera.

No resulten útils els embenats de protecció, atès que interfereixen en la circulació sanguínia i augmenten la pressió en els teixits.

Quan es decideix l'aplicació d'una mesura de reducció o alleujament de la pressió cal avaluar dia a dia la seva funcionalitat en cada cas. Si cal canviarem la mesura de reducció de la pressió per una d'alleujament de la pressió.

Cal vigilar l'aparició d'envermel·liments en les àrees de perill. Si quan pressionem sobre una zona envermel·lida no es torna blanca per tornar a posar-se vermellova, estem en l'inici d'una UPP.

Cal utilitzar cremes hidratants o solucions d'àcids grassos hiperoxigenats en les àrees envermel·lides o seques de la pell com a rutina en les àrees de perill.

No hem d'oblidar la necessitat d'una hidratació òptima tant oral com de la pell.

Cal garantir una dieta amb prou proteïnes i energia. Si calgués s'haurien d'utilitzar complements dietètics.

Hem de preguntar-nos sempre si no existeixen contraindicacions mèdiques per realitzar canvis posturals o per utilitzar superfícies d'alleujament o de reducció de la pressió.

Cal reavaluar els recursos assistencials destinats a la prevenció de les UPP.

1. Cervera Díaz MC, Saiz García J. *Actualización en geriatría y gerontología II*. 3ª ed. Jaén: Alcalá; 2003.
2. Montagut F, Flotats G, Lucas E. *Rehabilitación domiciliaria*. Barcelona: Masson; 2005.
3. Vellas B, Albacete JL, Gavy P. *Salud y residencias de ancianos*. Barcelona: Glosa ediciones; 1997.
4. Victoria García López M, Soldevilla Ágreda JJ, Torres Egea P. *Manifestaciones de dependencia de mayor incidencia en la población anciana*. Temas de enfermería gerontológica. Logroño: Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica; 1999.
5. Dotte P. *Método de manutención manual de los enfermos*. Tomo I: generalidades y educación gestual específica. 5ª Ed. Barcelona: Masson; 2001.
6. Pressure Ulcer Prevention and treatment Following Spinal Cord Injury: A clinical Practice Guideline for Health - Care Professionals. Soporte electrónico pdf en www.guideline.gov i www.scicpg.org. Consortium for Spinal Cord Medicine. J Spinal Cord Med. 2001 Spring;24 Suppl 1:S40-101. ISBN 0-929819-15-2.
7. Fisioteràpia S.A. Àrea Domiciliària de la Corporació Fisiogestió, *Manual de cuidados para el paciente intervenido de prótesis de cadera*. Barcelona: Fisiogestió S.A.; 2000.
8. Fisioteràpia S.A. Àrea Domiciliària de la Corporació Fisiogestió. *Manual de atención para el paciente intervenido de prótesis total de rodilla*. Barcelona: Fisiogestió S.A.; 2000.
9. Hoppenfeld S, Murthy V. *Fracturas tratamiento y rehabilitación*. Madrid: Marbán; 2004.
10. Cash D. *Neurología para fisioterapeutas*. 4ª ed. Madrid: Panamericana; 1989.
11. Efectividad de las "superficies de alivio de la presión" en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Soporte electrónico. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. www.juntadeandalucia.es/salud/orgdep/AETSA.
12. García Fernández, FP; Soldevilla Ágreda, JJ: Evaluación Técnica de materiales Preventivos y Terapéuticos en heridas crónicas: Guía y consideraciones. GNEAUPP. Documento de Posicionamiento N°5. Disponible en: www.gneaupp.org/documentos/gneaupp/posicionamiento_evaluación_técnica.pdf.
13. Catalogo de materiales con guía de prescripción *Virmedic Winnicare Group*. Soporte electrónico. www.askle.com/pdf/automorpho_rapport_essai.pdf

BIBLIOGRAFIA DEL VÍDEO

1. Dotte P. *Método de manutención manual de los enfermos*. Tomo I: generalidades y educación gestual específica. 5ª Ed. Barcelona: Masson; 2001.
2. Dotte P. *Método de manutención manual de los enfermos*. Tomo II: aplicaciones clínicas. 2ª Ed. Barcelona: Masson; 1999.
3. Abric M, Dotte P. *Gestos y activación para las personas mayores*. Tomo I: generalidades y educación gestual específica. Barcelona: Masson; 2003.
4. Abric M, Dotte P. *Gestos y activación para las personas mayores*. Tomo II: aplicaciones clínicas. Barcelona: Ed. Masson; 2004.

Col·legi de Fisioterapeutes



de Catalunya

Segle XX, 78 - 08032 Barcelona
Tel. 93 207 50 29
Fax: 93 207 70 22
cfc@fisioterapeutes.cat
www.fisioterapeutes.cat