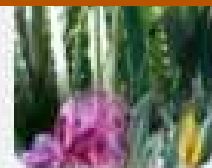




**COLECTÂNEA**  
**COLETÂNEA**



**ENFERMAGEM E ÚLCERAS POR PRESSÃO:**  
**DA REFLEXÃO SOBRE A DISCIPLINA**  
**ÀS EVIDÊNCIAS NOS CUIDADOS**



**ENFERMERÍA E ÚLCERAS POR PRESIÓN:**  
**DE LA REFLEXIÓN SOBRE LA DISCIPLINA**  
**A LAS EVIDENCIAS EN LOS CUIDADOS**



## **FICHA TÉCNICA**

**Título:**

Enfermagem e Úlceras por Pressão: Da Reflexão sobre a Disciplina às Evidências nos Cuidados

Enfermería e Úlceras por Presión: De la Reflexión sobre la Disciplina a las Evidencias en los Cuidados

**Editor:**

Grupo ICE – Investigação Científica em Enfermagem

**Coordenação:**

Luís Miguel Gomes

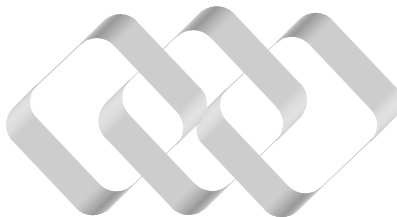
**Tradução e Revisão técnica:**

Leocádia Cardoso

**Capa e Design:**

Alexandre Rodrigues

**ISBN: 978-972-8612-41-2**



## **Abordaje del problema de las úlceras por presión integrando la prevención y el tratamiento.**

### **Un nuevo enfoque de trabajo. La gestión Clínica Integrada de la Heridas (GCIH).**

*Joan Enric Torra i Bou*

*Pablo López Casanova*

*Battistino Paggi*

*J.Javier Soldevilla Agreda*

*José Verdú Soriano*



## **Introducción**

Las úlceras por presión (UPP) continúan siendo, en los albores del nuevo milenio, un importante problema de salud con grandes repercusiones a nivel personal como la afectación del estado de salud y de la calidad de vida de los pacientes que las sufren, y un importante impacto a nivel institucional traducido en un



elevado gasto en los recursos humanos y materiales necesarios para su atención, un incremento de las estancias hospitalarias etc, así como en el creciente número de demandas legales, tanto en Europa como en los Estados Unidos.

De acuerdo con los indicadores epidemiológicos, las UPP constituyen un importante problema con una gran variabilidad en cuanto a su prevalencia (ver tabla 1). Este problema sólo es percibido en su amplia dimensión por algunos profesionales implicados en la atención a las heridas crónicas, mientras que salvo honrosas excepciones, suele ser ignorado por parte del Sistema de Salud. En otro capítulo de la presente monografía nos referimos más ampliamente a los aspectos descritos anteriormente.

Bajo un enfoque global la no consideración del problema de las UPP representa importantes repercusiones tanto en su priorización cómo en la definición de políticas sanitarias que sirvan de marco de referencia para una correcta asunción de prioridades y la consiguiente asignación de recursos, tanto para su prevención, como para su tratamiento.

Una **primera barrera** para conseguir un abordaje global del problema de las UPP, es decir, un abordaje que incluya e integre enfoques orientados a su prevención y tratamiento, estriba en la necesidad de extender la conciencia sobre dicho problema hacia todo el Sistema de Salud así como hacia la sociedad en global. Es por ello que es extremadamente importante poder disponer datos epidemiológicos locales, regionales, nacionales y europeos sobre UPP, así como datos que nos aporten información acerca de su coste y de las variables definitorias del mismo.

Ésta es la línea de trabajo iniciada por el “European Pressure Ulcer Advisory Panel” ([www.epuap.org](http://www.epuap.org)) a nivel europeo y el “National Pressure Ulcer Advisory Panel” a nivel norteamericano ([www.npuap.org](http://www.npuap.org)), grupos que a ambos lados del Atlántico engloban el trabajo de profesionales y sociedades científicas nacionales junto a la industria implicada en el tema que debe extenderse fuera de sus ámbitos concretos de actuación centrados mayoritariamente en





profesionales e instituciones implicadas y comprometidas en el problema de las UPP, mientras que otros ámbitos del Sistema Salud y de la sociedad sencillamente ignoran o no priorizan en su justa medida éste problema.

En una dimensión nacional son muy importantes los esfuerzos realizados por parte del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas ([www.gneaupp.org](http://www.gneaupp.org)) y el Grupo Asociativo de Investigación en Enfermería Portugués ([www.gaif.org](http://www.gaif.org)) , los cuales se plasman en iniciativas transnacionales como el descrito en la presente monografía.

De acuerdo con las evidencias disponibles, las UPP constituyen un problema de salud evitable en un elevado porcentaje de casos mediante la aplicación de medidas integradas de prevención. De otra parte, existe una gran cantidad de recursos terapéuticos que permiten minimizar el impacto de las UPP, reducir los tiempos de tratamiento y evitar la aparición de complicaciones.

Si nos centramos en los aspectos más relacionados con la **prevención** de las UPP, es importante tener en cuenta los siguientes elementos:

- La valoración sistemática y objetiva del riesgo de desarrollo de UPP mediante la utilización de escalas de valoración de riesgo (EVRUPP) validadas como las Escalas de Norton, Braden y EMINA.

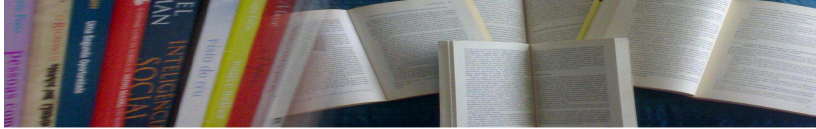
- La atención a las necesidades derivadas de disfunciones generales en el estado de salud de los pacientes.

- La necesidad de contemplar la dimensión nutricional del paciente para aumentar su resistencia ante las UPP.

- El cuidado local de la piel expuesta a presión mediante la utilización de ácidos grasos hiperoxigenados

- El cuidado de la piel expuesta a humedad e incontinencia mediante la utilización de limpiadores cutáneos específicos y productos barrera.





-La protección local ante la presión mediante apósitos con capacidad de reducción local de la presión (apósitos hidrocelulares) tanto en talones como en zonas sometidas a presión local.

-Y La protección sistémica ante la presión mediante superficies especiales para el manejo de la presión (SEMP).

Aunque los aspectos preventivos y de tratamiento de las UPP se suelen analizar por separado, en la práctica estos se abordan de manera conjunta dada la íntima interrelación que existe entre ellos.

Esta asunción teórica representa en la práctica muchos problemas cara a conseguir una plena integración de contenidos preventivos y de tratamiento.

### **Hacia un nuevo enfoque en el tratamiento de las UPP, la Gestión Clínica Integrada de las Heridas (GCIH).**

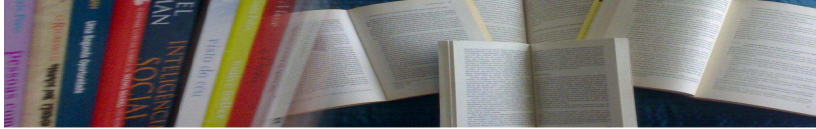


El descubrimiento de la Cura en Ambiente Húmedo (CAH) ha representado disponer de un gran abanico de productos para el cuidado de las heridas con una mejor relación coste beneficio respecto a la cura tradicional. El posterior desarrollo de los conceptos de Preparación del Lecho de la Herida (PLH) y del TIME, han sentado unas bases teóricas para mejorar el conocimiento teórico sobre las heridas y las técnicas y productos que se utilizan en su tratamiento.

La génesis del concepto GCIH se basa un punto de partida eminentemente clínico basado en intentar dar respuesta a los importantes retos relacionados con la atención a las heridas a los que se enfrentan los profesionales:

-Aunque comparten elementos comunes, **cada herida es una situación concreta.**

-La **situación global del paciente** condiciona la evolución de sus heridas,



-La dinámica del proceso de cicatrización implica **diferentes necesidades durante su tratamiento**

-Los profesionales disponen de una gran cantidad de recursos para el tratamiento de las heridas, aunque ninguno de ellos es “**universal**”

-Frecuentemente en las heridas no sólo se presenta un problema aislado sino que se pueden presentar diferentes problemas que **interrelacionan** entre sí

Por otra parte, y bajo un punto de vista más metodológico, los retos anteriores también se traducen en la necesidad de encontrar **elementos metodológicos** que permitan de una manera práctica, sencilla y efectiva:

-Facilitar la **planificación y la evaluación** del tratamiento de las heridas

-Disminuir la **variabilidad clínica** en el tratamiento de las heridas

-Facilitar la **elección** de los productos adecuados para la prevención y el tratamiento de las heridas

-Facilitar un **uso racional de los productos**

-**Optimizar el uso conjunto de productos** evitando redundancias e incompatibilidades

-Permitir de manera fácil y efectiva la integración de la **prevención y el tratamiento**

-Facilitar la **integración de las evidencias en la práctica clínica**

-Facilitar la formación de los profesionales en el **tratamiento de las heridas**

-y facilitar el trabajo de los clínicos con guías de práctica clínica y **algoritmos** para la prevención y el tratamiento de los diferentes tipos de heridas crónicas.

Con la definición del concepto de la Gestión Clínica Integrada de las Heridas (GCIH) pretendemos trabajar en un nuevo paradigma teórico/práctico en el cuidado avanzado de las heridas (crónicas, agudas, cronificadas.....) orientado a conseguir, bajo un





abordaje muy práctico y cercano a los profesionales, la excelencia clínica y una óptima gestión de los recursos orientados a la curación de heridas.

### Descripción de la GCIH.

El concepto GCIH integra en su redactado tres grandes componentes metodológicos:

**Gestión**, que incluye los atributos, valoración, planificación, evaluación, dinamismo, uso racional de recursos y trabajo en equipo

**Clínica**, es decir necesariamente basada en hallazgos, necesidades, objetivos e indicadores clínicos

**E Integrada**, o lo que es lo mismo, Integrando los diferentes problemas y prioridades que se pueden encontrar en la herida. Integrando prevención y tratamiento. Integrando la evidencia en la práctica. Integrando el portafolio de productos en una guía de práctica clínica.

La gestión clínica integrada de las heridas (GCIH) se basa en la puesta en práctica del siguiente trinomio:

-**Valoración** (fisiopatología-habilidades clínicas)

-**Acción clínica** (planificación de cuidados)

-**Resultado** (evaluación dinámica)

Orientados a la consecución de los siguientes **objetivos clínicos**:

-Adaptar el tratamiento de la herida a la dinámica del proceso de cicatrización

-Interrelacionar el tratamiento local de la herida con los factores causales de la misma

-Gestionar de una manera adecuada los recursos disponibles

-Aprovechar las sinergias entre diferentes productos y técnicas para el tratamiento de heridas

-Reducir el tiempo de cicatrización

-Evitar complicaciones







- Tratar precozmente las complicaciones
- Integrar prevención y tratamiento
- Integrar teoría y práctica
- Facilitar la valoración de la evolución de las lesiones
- Disminuir la variabilidad clínica
- Facilitar la continuidad de los cuidados

Para ello se proponen seis **acciones clínicas básicas** **(ACB)** relacionadas con las heridas y su entorno:

- Control y gestión del exudado
- Control y gestión del tejido desvitalizado
- Control y gestión de la infección
- Promoción de la granulación
- Protección del lecho de la herida
- Protección de la piel perilesional

Y cinco **acciones relacionadas con la causa de las lesiones:**

- Control local de la presión,
- Control sistémico de la presión,
- Cuidado de la piel en la zona de incontinencia,
- Reversión de la insuficiencia venosa,
- Reversión del linfedema

La metodología de trabajo de la GCIH se basa en que a cada una de las acciones clínicas, el profesional, en base al problema que representa en la situación concreta, ya sea de manera aislada, ya sea interactuando con alguna otra de las acciones, le asigne una prioridad en base a la siguiente escala de priorización:

**Alta prioridad** (Prioridad ó problema muy importante)

**Prioridad media** (Prioridad ó Problema importante)

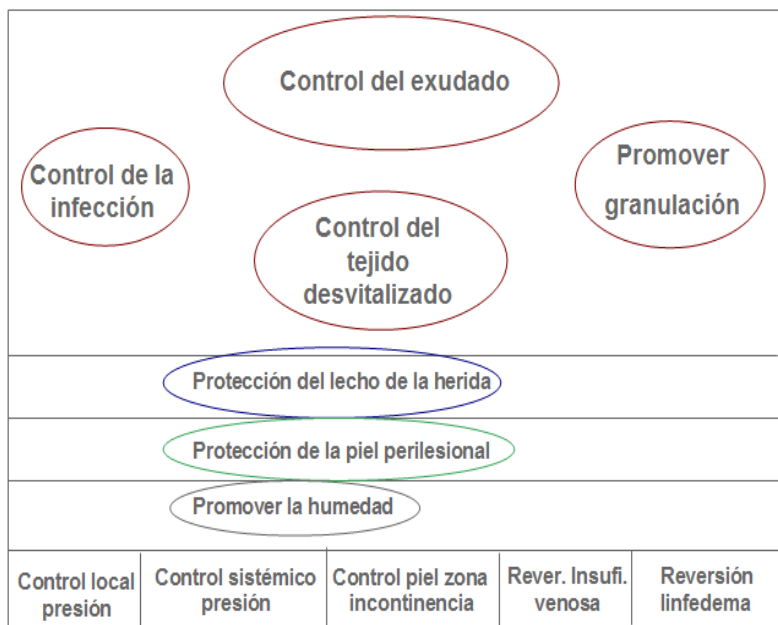
**Baja prioridad** (Prioridad ó problema, aunque no importante)





En la actualidad estamos trabajando a nivel pedagógico y clínico en un grupo internacional , para validar el listado de problemas, establecer los elementos que permitan objetivar el estado de prioridad de cada una de las acciones clínicas y determinar, de acuerdo con las mejores evidencias disponibles, el contenido de las actividades clínicas correspondientes y su sistema de monitorización, para de esta manera poder definir directrices clínicas para la evaluación, prevención, tratamiento y formación en relación a las heridas crónicas de mayor prevalencia, empezando, dado su impacto y prevalencia con las úlceras por presión.

## Gestión clínica integrada de la herida





**Tabla 1.** Epidemiologia sobre úlceras por presión.

<b>Canadá [a]</b>	Prevalencia del 26% en todas las instituciones de salud; 25% en pacientes agudo, s 30% en pacientes crónicos 15% en la comunidad
<b>Alemania [b,c,d]</b>	Prevalencia del 5,3 al 28,3% en hospitales
<b>Islandia [e]</b>	Prevalencia del 8,95%
<b>Italia [f]</b>	Prevalencia del 8,3% en hospitals y del 30% en centros sociosanitarios.
<b>Japón [g]</b>	Prevalencia del 5,1% e incidencia del 4,4%
<b>Países Bajos [h]</b>	Prevalence del 23,1%
<b>España [i]</b>	Prevalencia del 9,1% en pacientes de atención domiciliaria, 8,9% ien hospitales y 10,9% en atención sociosanitaria
<b>USA [j]</b>	Prevalence in hospital of 15%, incidence of 7%
<b>Europa (Estudio piloto del EPUAP en Bélgica, Italia, Portugal, Suecia y Reino Unido) [k]</b>	Prevalencia global del 18,1% con variaciones entre diferentes países



**Fuentes:**

[a]: Woodburg MG, Houghton PE. Prevalence of pressure ulcers in Canadian healthcare settings. *Ostomy Wound Manage* 2004; 50 (10) 22–38.

[b]: Stausberg J, Kroger K, Maier I, Schneider H, Niebel W, for the Interdisciplinary Decubitus Project. Pressure ulcers in secondary care: incidence, prevalence, and relevance. *Adv Skin Wound Care* 2005; 18 (3) 140–145.

[c]: Lahmann N, Dassen T. Prevalence of pressure ulcers in eleven German hospitals in April 2001. *EPUAP Review* 2001; 4 (1) 17.

[d]: Mertens E, Dassen T. Decubitus ulcer prevalence in Germany: improvement by comparison. *Pflege Zeitschrift* 2003; 56 (2) 109–112.



- [e]: Thoroddsen A. Pressure sore prevalence: a national survey. *J Clin Nurs* 1999;8(2):170–179.
- [f]: Bellingeri A. et al. Wound management in home care in Italy. *EWMA Journal*; 2002: 2 (1) 27–30.
- [g]: Hagsisawa S, Barbenel J. The limits of pressure sore prevention. *J Royal Soc of Med* 1999; 92 (11) 576–78.
- [h]: Bours GJ, Halfens RJ, Abu-Saad HH, Grol RT. Prevalence, prevention and treatment of pressure ulcers: descriptive study in 89 institutions. *Res Nurs Health* 2002; 25 (2) 99–110.
- [i]: Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Verdú Soriano J, Martínez Cuervo F, López Casanova P, Rueda López J, Mayán Santos JM. 2º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2005. *Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos* 2006; 17(3): 145-72
- [j]: Ayello EA, Frantz R, Cuddigan J, Lordan R. Methods for determining pressure ulcer prevalence and incidence. In: National Pressure Ulcer Advisory Panel. Cuddigan J, Ayello EA, Sussman C. (eds). *Pressure ulcers in America: Prevalence, incidence and implications for the future*. Reston, VA: NPUA, 1991
- [k]: Clark M, Bours G, Defloor T: Summary report on prevalence of pressure ulcers. *EPUAP Review* 2002; 4 (2) 49–57.



## Bibliografía

- Ayello EA, Dowsett C, Schultz GS, Sibbald RG, Falanga V, Harding K, Romanelli M, Stacey M, Teot L, Vanscheidt W. TIME heals all wounds. *Nursing*. 2004 Apr;34(4):36-41.
- Capillas Pérez R, Cabré Aguilar V, Gil Colomé AM, Gaitano García A, Torra i Bou 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 venosas y por presión. Rev Rol Enf* 2000; 23 (1): 17-24
- European Pressure Ulcer Advisory Panel. Scope of pressure ulcer prevention guidelines. A European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel Colaboration. *EPUAP review* 2006; 7(2): 42-5
- European Wound Management Association (EWMA). Documento de posicionamiento: Preparación del lecho de la herida en la práctica. London: MEP ltd, 2004
- Falanga V. Preparación del lecho de la herida: Ciencia aplicada a la práctica. En: *European Wound Management Association (EWMA). Documento de posicionamiento: Preparación del lecho de la herida en la práctica*. London: MEP ltd, 2004
- Fiers SA. Breaking the cycle. The etiology of incontinente dermatitis and evaluating and using skin care products. *Ostomy Wound Manage* 1996; 42(3): 28-34



- García Fernández FP, Pancorbo Hidalgo PL, Torra i Bou JE, Blasco García C. Escalas de valoración de riesgo en úlceras por presión. En: Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE (eds). Atención integral a las heridas crónicas. Madrid: SPA, 2004
- García FP, Ibars P, Martínez f, Perdomo E, Rodríguez M, Rueda J, Soldevilla JJ, Verdú J. Incontinencia y úlceras por presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº 10. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Madrid, 2006
- García Fernández FP, Pancorbo Hidalgo PL, Torra i Bou JE. Úlceras por presión en el paciente crítico. En: López Ortega J, Morales Asencio JM, Quesada Moya A. Cuidados al paciente crítico adulto. Madrid. DAE, 2007
- García González RF, Gago Fornells M, Rueda López j, Torra i Bou JE, Soldevilla Agreda JJ, Verdú Soriano J, Arboix i Perejamo M, Segovia Gómez T, Muñoz Bueno AM. Prevención de úlceras por presión. Prespectiva actual de la urgencia hospitalaria. Gerokomos 2004; 15: 100-106
- Herrero E, Torra JE, Martínez M. Utilización de un colchón alternante de aire en la prevención y el tratamiento de úlceras por presión en un paciente de atención domiciliaria. Gerokomos-Helcos 2001; 11(2): 95-101
- Hinman CD, Maibach H. Effect of air exposure and occlusion on experimental human skin wounds. Nature 1963; 200: 377-8
- Nix D, Ermer-Seltun J. A Review of Perineal Skin Care Protocols and Skin Barrier Product Use. Ostomy Wound Manage 2004; 50(12): 59-67
- Ramón Cantón, Carme; Salvador Guadayol, C; Torra i Bou, JE. *Úlceras por presión: evaluación de la utilización sistemática de un parque de superficies especiales para el manejo de la presión en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Terrasa*
- Enferm Intensiva; 2000 jul-sep, 11(3):118-126.
- Robles Antunez MD, Torra Bou JE, Castilla Pérez T. Apósitos modernos y productos de uso tópico para la prevención y el tratamiento de úlceras por presión y otras heridas crónicas. Todo Hospital 2003; 202: 756-762
- San Miguel L, Torra i Bou JE, Verdú Soriano J. Economics of pressure-ulcer care: review of the literature on modern versus traditional dressings. J Wound Care 2007; 16: 5-9.
- Segovia Gómez T, Bermejo Martínez M, Rueda López J, Torra Bou JE. Cuidado de la piel y úlceras por presión. Los ácidos grasos hiperoxigenados en la prevención y el tratamiento de las lesiones de estadio I. Rev Rol Enf 2001; 24(9): 578-582
- Schultz GS, Sibbald RG, Falanga V, Ayello EA, Dowsett C, Harding K, Romanelli M, Stacey M, Teot L, Vanscheidt W Wound bed preparation: a systematic approach to wound management. Wound Repair Regen. 2003 Mar;11 Suppl 1:S1-28.
- Schultz GS, Barrillo DJ, Mazingo DW, Chin GA: Wound Bed Advisory Board Members.





- Wound bed preparation and a brief history of TIME. *Int Wound J* 2004; 1(1):19-32.
- Soldevilla Agreda JJ, Torra I Bou Joan-Enric, Posnett J, San Miguel I, Mayan Santos M. The burden of pressure ulcers in Spain. *Wounds* 2007; 19 (7): 201-6
- Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Verdú Soriano J (eds)). Epidemiología, coste y repercusiones legales de las úlceras por presión en España, años 2005-2006. Sant Joan Despi: Smith&Nephew, 2007
- Torra i Bou JE, Rueda López J. Apósito hidrocelular especial para talones. Evaluación experimental. *Rev Rol Enf* 2001; 24(2): 131-135
- Torra i Bou JE, Rueda López J, Camañes G, Herrero Narváez E, Blanco Blanco J, Ballesté J, Hernández Martínez-Esparza E, Aneas Alcántara J, Verdú Soriano J. Úlceras por presión en los talones. Estudio comparativo entre el vendaje protector y un apósito hidrocelular con forma especial para los talones. *Rev Rol Enf* 2002; 25(5): 370-376
- Torra i Bou JE, , Arboix i Perejamo M, : Rueda López J, Ibars Moncasi P, Segovia Gómez T, Bermejo Martínez M. Aspectos nutricionales relacionados con las heridas crónicas. En: Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE (eds). *Atención integral a las heridas crónicas*. Madrid: SPA, 2004
- Torra i Bou JE, Arboix i Perejamo M, Rueda López J, Ibars Moncasi P, Rodríguez Palma M. Superficies especiales para el manejo de la presión. En: Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE (eds). *Atención integral a las heridas crónicas*. Madrid: SPA, 2004
- Torra i Bou JE, Segovia Gómez T, Verdú Soriano J, Nolasco Bonmatí A, Rueda López J, Arboix i Perejamo M. The effectiveness of a hyperoxygenated fatty acid compound in preventing pressure ulcers. *J Wound Care* 2005; 14(3): 117-21
- Torra i Bou JE, García Fernández FP, Pancorbo Hidalgo PL, Furtado K. Risk assessment scales for predicting the risk of developing pressure ulcers. En: Romanelli M, Clark M, Cherry G, Colin d, Defloor T, (eds). *Science and practice of pressure ulcer management*. London: Springer Verlag, 2006.
- Torra i Bou JE, López Casanova P, Verdú Soriano J, Pujalte MJ, Alonso Besteiro G, , Blanco del Valle A, Forteza Gómez M, García-Alcalá D, Jiménez Gómez M. Cuidado de la piel en pacientes ancianos con incontinencia, exceso de exudado y exceso de sudoración. Sant Joan Despi, Smith&Nephew: 2008
- White R, Denyer J. Infant napkin dermatitis and differential diagnosis. En: White R, Denyer J. (eds). *Pediatric skin and wound care*. Aberdeen, Wounds UK, 2006
- Winter G. Formation of the scab and rate of epithelization of superficial wounds in the skin of the young domestic pig. *Nature* 1962; 193: 293-4
- Winter G. Effect of air exposure and occlusion on experimental human skin wounds. *Nature* 1963; 200: 379-380

