

Úlceras por presión – Manejo de las lesiones por presión

Recomendaciones

- Un manejo óptimo requiere una evaluación integral y precisa de la historia de la herida, la etiología recurrente y las características relativas a localización, grado, tamaño, base, exudados y condición de la piel circundante (**Grado B**)
- Los pacientes con una úlcera por presión de Grado 1-2 deben colocarse en un colchón o cojín específico con un sistema para reducir la presión, y ser sometidos a una observación rigurosa de los cambios en la piel y un régimen de cambios posturales documentado. Si se produce un deterioro debe implantarse un sistema de presión alternante o de baja presión constante (**Grado B**)
- Los pacientes con úlceras por presión de Grado 3-4 deben colocarse en un sistema de presión alternante o de baja presión constante (**Grado B**)
- Los apósitos (como los hidrocoloides) crean un entorno óptimo para la curación de heridas (**Grado B**)
- Los pacientes con úlceras por presión deben moverse activamente, cambiar de postura de forma independiente o por los profesionales de la salud, según indicaciones clínicas (**Grado B**)

Fuente de información

Este *Best Practice information sheet*, que sustituye al BPIS con el mismo título publicado en 1997¹, se basa en las recomendaciones de práctica clínica desarrolladas por el Royal College of Nursing and National Institute for Health and Clinical Excellence en 2005.²

Antecedentes

El manejo de las úlceras por presión es un problema importante tanto en las unidades de cuidados intensivos como en los centros de salud. El tratamiento de una úlcera por presión ya establecida puede ser muy costoso, por ejemplo en 1993, un hospital de 600 camas en el Reino Unido estimó que el coste de prevención y tratamiento de úlceras por presión variaba entre £600.000 y £3 millones al año. Se estima que actualmente el coste anual del tratamiento de las úlceras por presión en el Reino Unido es aproximadamente de £1,4 - 2,1 mil millones, lo que equivale al 4% del gasto total del Sistema Nacional de Salud. Además, el paciente con una úlcera por presión se enfrenta a una gran carga emocional y física. Sufre dolor, molestias, una baja calidad de vida, y a menudo necesita un contacto constante con los servicios sanitarios.

Aunque la prevención de úlceras por presión sea óptima, el manejo de las úlceras por presión ya existentes se centra en cuidados de calidad en términos de curas de las heridas, uso de las superficies de apoyo adecuadas, cambios posturales, nutrición y cirugía.

Objetivos

El objetivo de este *Best Practice Information Sheet* es proporcionar a los profesionales de la salud recomendaciones basadas en la evidencia sobre el manejo de las úlceras por presión.

Grados de Recomendación

Los siguientes grados de recomendación derivan de los Niveles de Efectividad establecidos por el Instituto Joanna Briggs en el año 2006³

Grado A Efectividad demostrada para su aplicación

Grado B Grado de efectividad establecida que indica considerar la aplicación de sus resultados

Grado C Efectividad no demostrada

Definiciones

En este *Best Practice Information Sheet* se utilizan las siguientes definiciones:

Superficies de presión alternante – estas superficies varían mecánicamente la presión bajo el paciente, reduciendo así la duración de la presión ejercida

Baja presión constante – estas superficies se adaptan a la forma del paciente para redistribuir la presión sobre una mayor superficie

Úlcera por presión – área en la que la piel y el tejido subyacente presentan un daño localizado, normalmente sobre una larga prominencia, como resultado de la presión, sola o en combinación con cizallamiento y/o fricción. (*European Pressure Ulcer Advisory Panel* 2003).

Grados de úlceras por presión

Se han desarrollado numerosas herramientas específicas para clasificar las úlceras por presión. El sistema de clasificación más referenciado en la literatura y de uso recomendado fue desarrollado por el *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (Tabla 1).

Pautas de manejo

Evaluación

El manejo de un paciente con una úlcera por presión ya existente comienza por una evaluación del paciente que ingresa en el sistema de salud. Tras una evaluación global del paciente, debe realizarse una evaluación específica de la úlcera por presión, que incluya la etiología y una evaluación detallada de la herida.

La evidencia sugiere que la existencia de una úlcera por presión de Grado 1 es un factor de riesgo importante para el desarrollo de una úlcera por presión más severa.

Superficies de apoyo

Las superficies de apoyo para aliviar la presión reducen la cantidad o duración de la presión entre un individuo y la superficie en que se apoya, y ha habido muchos estudios que han comparado las diferentes superficies de apoyo. Debido a limitaciones metodológicas inherentes a los estudios, no es posible recomendar una superficie de apoyo en particular.

Sin embargo, el acuerdo de consenso recomienda que cualquier paciente con una úlcera por presión de Grado 1 o de Grado 2 debe ser colocado en un colchón o cojín específico con un sistema para reducir la presión, y ser sometido a una observación rigurosa de los cambios en la piel y un régimen de cambios posturales documentado. Si se produce un deterioro debe implantarse un sistema de presión

alternante o de baja presión constante. Los pacientes con úlceras por presión de Grado 3-4 deben colocarse en un sistema de presión alternante o de baja presión constante.

Apósitos y agentes de uso tópico

Actualmente, la evidencia es insuficiente sobre el tipo de apósitos más efectivos en el tratamiento de las úlceras por presión. Sin embargo, la elección de apósito o agente de uso tópico debe basarse en una evaluación de las condiciones de la piel y la úlcera, el objetivo del tratamiento, las características del apósito, el efecto positivo previo de un apósito en particular, indicaciones o contraindicaciones de un apósito o agente de uso tópico, riesgo o sucesos adversos y preferencias del paciente.

Deben utilizarse de forma preferente los apósitos que creen un entorno más óptimo para la curación de las heridas (p. ej. hidrocoloides, hidrogeles, hidrofibras, esponjas, película de polietileno transparente, alginatos, siliconas blandas), frente a los tipos de apósitos básicos (p. ej. gasas, gasas de parafina y apósitos acolchados simples).

Los profesionales de la salud deben reconocer y considerar los potenciales efectos positivos del desbridamiento en el manejo de las úlceras por presión.

Tabla 1. Clasificación de la severidad de las úlceras por presión

Grado I	Eritema que no cambia de color en la piel intacta. También pueden ser indicadores, particularmente en individuos con piel oscura, la decoloración de la piel, el calor, el edema o la induración.
Grado II	Pérdida o daño parcial del espesor de la piel que afecta a la epidermis y /o dermis. La úlcera es superficial y se presenta clínicamente como una abrasión o ampolla.
Grado III	Pérdida total del espesor de la piel que implica lesión o necrosis de los tejidos subcutáneos, que puede extenderse a las estructuras subcutáneas, pero no a través de la fascia subyacente.
Grado IV	Destrucción extensiva, necrosis del tejido o daño en el hueso, músculo o estructuras de soporte con o sin pérdida total del espesor de la piel.

Agentes antimicrobianos

Los ensayos clínicos aleatorios sobre la efectividad de los agentes antimicrobianos eran pequeños y generalmente de baja calidad metodológica. Por lo tanto la evidencia es insuficiente para indicar si los antimicrobianos son efectivos en el tratamiento de las úlceras por presión. Se sugiere que si los pacientes presentan signos sistémicos o clínicos de infección, debería considerarse una terapia antimicrobiana.

Cambios posturales

Los profesionales de la salud realizan de forma rutinaria intervenciones para reducir los efectos de la movilidad reducida sobre la curación de las úlceras por presión. Sin embargo, no está clara la frecuencia óptima para que esto ocurra en términos de beneficio del paciente y utilización de recursos.

La literatura contiene diferentes marcos temporales con respecto a los cambios posturales, recomendándolos cada 2 a 6 horas. Debido a la falta de evidencia las siguientes recomendaciones se basan en el consenso:

- Los pacientes con úlceras por presión deben moverse activamente, cambiar de postura de forma independiente o por los profesionales de la salud, de forma frecuente.
- Evitar colocar a los pacientes directamente sobre las úlceras por presión o prominencias óseas.
- La frecuencia de los cambios posturales debe ser determinada por las necesidades individuales del paciente y deben considerarse los siguientes factores: estado de salud general del paciente, localización de la úlcera, evaluación general de la piel y aceptabilidad para el paciente.

Nutrición

Se ha afirmado que la malnutrición está positivamente correlacionada con la incidencia y severidad de las úlceras por presión, sin embargo la evidencia es inconclusa. La pauta sugerida es que debe darse apoyo nutricional a los pacientes con deficiencia nutricional identificada y que dicho apoyo/suplemento debe basarse en una evaluación nutricional con una herramienta reconocida, el estado general de salud, las preferencias del paciente y la aportación de un nutricionista experto.

Cirugía

La cirugía se reserva generalmente para tratar las úlceras por presión de Grado 3-4. El manejo quirúrgico actual de las úlceras por presión consiste en el desbridamiento, que puede ser superficial y puede incluir o no la retirada de tejido óseo seguida de un recubrimiento con colgajos. Las úlceras por presión pueden ser sometidas a un desbridamiento quirúrgico y dejarse como una herida abierta para que se cure, cerrarse quirúrgicamente con o sin desbridamiento, o repararse utilizando colgajos o injertos de piel. La literatura consiste en casos clínicos, series de casos y revisiones gráficas retrospectivas de calidad variable. Por lo tanto la efectividad de la cirugía y la técnica óptima para el tratamiento de las úlceras por presión no está clara.

Terapias complementarias

En ausencia de mejoría en la curación de heridas mediante las terapias convencionales, cada vez se utilizan más terapias complementarias. Sin embargo, no se han probado rigurosamente el coste y la efectividad clínica de muchos de estos tratamientos.

Presión negativa tópica

Un ensayo pequeño con limitaciones metodológicas evaluó la presión negativa tópica. El ensayo sugirió que la presión negativa tópica puede aumentar las tasas de curación de las úlceras por presión comparada con apósitos de gasa estériles. Sin embargo, los resultados deben tratarse con extrema precaución y se requiere más investigación.

Electroterapia y ultrasonido terapéutico

No existe evidencia de que la electroterapia o el ultrasonido terapéutico sean beneficiosos para el tratamiento de las úlceras por presión. Sin embargo, la posibilidad de un efecto beneficioso o dañino no puede descartarse debido al pequeño número de ensayos, con tamaños muestrales pequeños y limitaciones metodológicas.

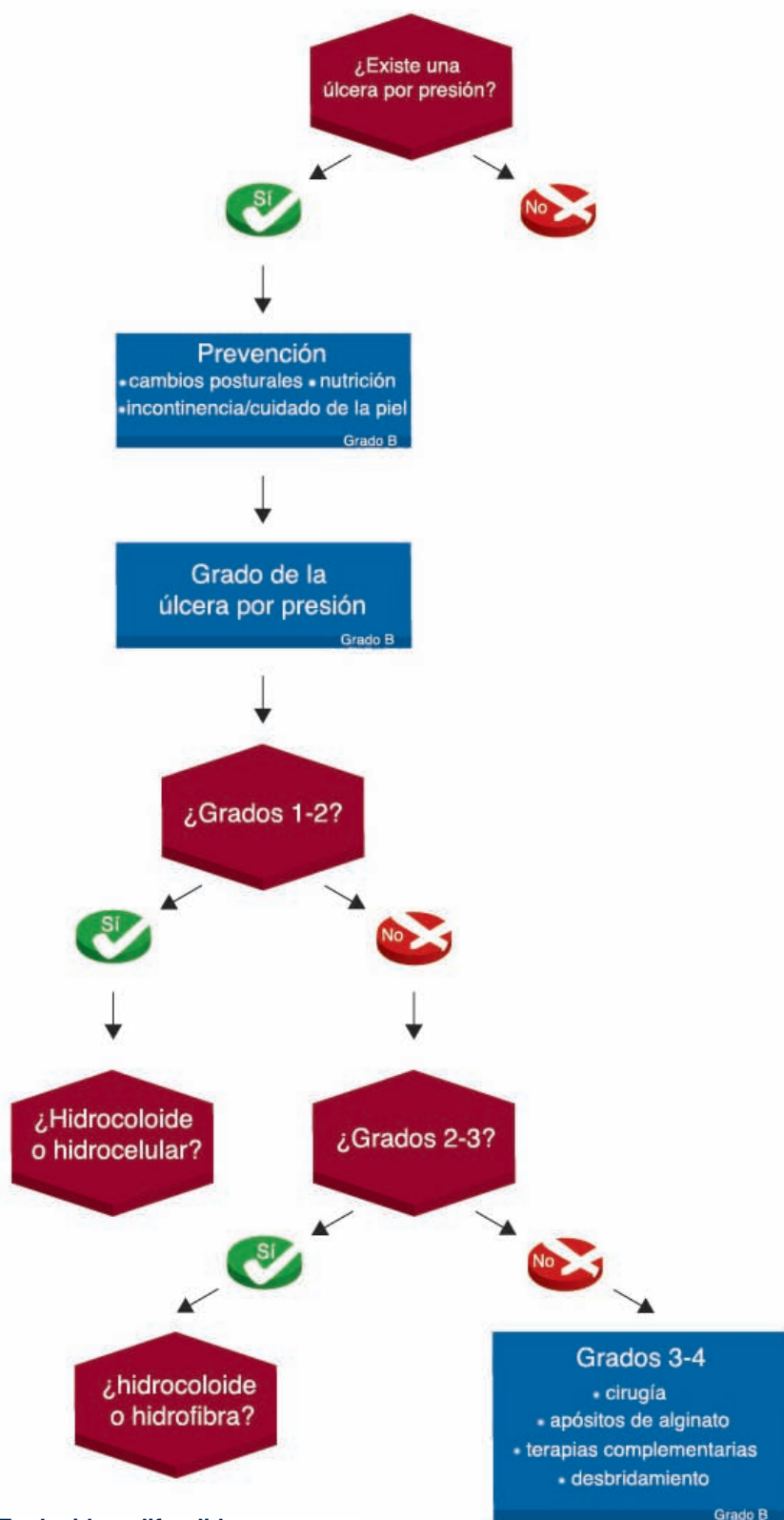
Terapia electromagnética

Un metanálisis de 3 ensayos que evaluaban el efecto de la terapia electromagnética no demostró ningún beneficio. Constaba sólo de 137 participantes y se requiere más investigación antes de que se puedan hacer recomendaciones definitivas sobre esta práctica en particular.

Conclusiones

El mejor método de tratamiento para el manejo de las úlceras por presión existentes sigue siendo dudoso, pero es evidente que es necesario reducir en primer lugar su incidencia y, en segundo lugar, la variabilidad de tratamientos. Se necesita más investigación bien diseñada y a gran escala de forma muy urgente en las áreas de riesgo de retraso en la curación/complicaciones de la curación, evaluación de las úlceras por presión, superficies de apoyo, uso de antimicrobianos, nutrición y cirugía.

Úlceras por presión – Manejo de las lesiones por presión



Traducido y difundido por:



CENTRO COLABORADOR ESPAÑOL
DEL INSTITUTO JOANNA BRIGGS PARA
LOS CUIDADOS DE SALUD BASADOS EN LA EVIDENCIA

Agradecimientos

Este *Best Practice information sheet* ha sido elaborado por el Instituto Joanna Briggs y los autores de las recomendaciones. Además este *Best Practice information sheet* ha sido revisado por expertos de los Centros Colaboradores Internacionales del Instituto Joanna Briggs:

- Petra Brysiewicz, South African Centre for Evidence Based Nursing and Midwifery, School of Nursing, Faculty of Community and Development Disciplines, University of KwaZulu-Natal, South Africa.

- Catherine Edgar, Bundoora Extended Care Centre, Bundoora, Victoria, Australia.

- Peter Davis, School of Nursing, Nottingham University, Nottingham, UK.

- Prof Samantha Pang, Hong Kong Centre EBN, Chinese University of Hong Kong, Hong Kong Special Administrative Region.

Referencias

1. The Joanna Briggs Institute. Pressure Sores – Part II: Management of Pressure Related Tissue Damage. Best Practice: evidence-based practice information sheets for health professionals 1997;1(2):1-6.
2. The management of pressure ulcers in primary and secondary care. A Clinical Practice Guideline, 2005, Royal College of Nursing and National Institute for Health and Clinical Excellence.
3. The Joanna Briggs Institute. Systematic reviews – the review process, Levels of evidence. Accessed on-line 2006 <http://www.joannabriggs.edu.au/pubs/approach.php>
4. Pearson A, Wiechula R, Court A, Lockwood C. The JBI Model of Evidence-Based Healthcare. Int J of Evidence-Based Healthcare 2005; 3(8):207-215.

Versión original traducida al castellano por: Lucía García Grande.

Traducción revisada por: Esther González María.

Bajo la coordinación del Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los Cuidados de Salud Basados en la Evidencia

- The Joanna Briggs Institute
Margaret Graham Building,
Royal Adelaide Hospital,
North Terrace, South Australia, 5000
www.joannabriggs.edu.au
ph: +61 8 8303 4880
fax: +61 8 8303 4881
email: jbi@adelaide.edu.au
- Published by
Blackwell Publishing



**Blackwell
Publishing**

"The procedures described in *Best Practice* must only be used by people who have appropriate expertise in the field to which the procedure relates. The applicability of any information must be established before relying on it. While care has been taken to ensure that this edition of *Best Practice* summarises available research and expert consensus, any loss, damage, cost, expense or liability suffered or incurred as a result of reliance on these procedures (whether arising in contract, negligence or otherwise) is, to the extent permitted by law, excluded".