



MISCELÁNEA

ENTREVISTA A JOAN ENRIC TORRA i BOU: Enfermero. Clinical, Education&Prevention Manager. División Curación de Heridas, Smith&Nephew Iberia.

“Es un gran error recortar gastos de prevención, porque vamos a gastar cinco veces más en curar lo que no hemos prevenido”.

***González García, María**

*Periodista.

Las úlceras por presión han sido siempre una constante en nuestros hospitales, pero hoy sabemos que son prevenibles y conocemos nuevas maneras de tratarlas. Sobre este problema y sobre el papel de la Enfermería en su investigación, hablamos con uno de sus principales investigadores: Joan Enric Torra i Bou.



¿Qué es una úlcera por presión?

La úlcera es una presión que se mantiene durante un tiempo entre la piel y una zona bajo la cual hay un tejido más duro. Va íntimamente ligada a la inmovilidad; una persona que está inmóvil tiene una presión prolongada (hablamos incluso de horas): un anciano puede llegar a desarrollarla en cuestión de tres-cinco horas, mientras que un joven sano puede tardar todo un día.

No es un problema nuevo, existe desde siempre. La diferencia es que antes se había considerado como algo inevitable, algo normal, y ahora lo consideramos como un accidente, como algo evitable.

Sabemos que es un problema que afecta en todos los niveles asistenciales, tanto en pacientes que están en atención primaria como los que están en hospitales. Las cifras estarían en torno al 6% en atención domiciliaria, y 8% en hospitales. Es un problema que puede ser muy grave, e incluso puede costar la vida del paciente.

¿Qué pacientes tienen más riesgo de padecer una úlcera por presión?

Hay úlceras en todos los grupos de edad, desde bebés a ancianos. Además, influyen todo tipo de factores; por ejemplo la incontinencia, principalmente una mixta (urinaria y fecal), producen una serie de lesiones en la piel que la hacen menos resistente a la presión.

Otros pacientes que tienen un alto riesgo son los diabéticos, porque se enfrentan a dos problemas: tienen una cicatrización enlentecida por la diabetes, sobre todo si no está controlada, y son pacientes con mayor propensión a infecciones. Además, el paciente diabético tiene un tercer problema que es que en algunas localizaciones como los talones, se agrava la situación.

¿Estas heridas se producen incluso en bebés?

Sí. Hace unos años nadie hablaba de las úlceras por presión en pediatría, pero hoy sabemos, gracias a la investigación de enfermería, que una tercera parte de los niños que están en atención pediátrica las sufren.

¿Cómo se clasifican los diferentes tipos de úlceras?

La úlcera es una herida, aunque no todas son heridas abiertas. Por ello, trabajamos con una clasificación de cuatro estadios:

El estadio 1 nos indica que hay sufrimiento de los tejidos pero no hay herida abierta. Si se detecta a tiempo, se puede controlar con un buen cuidado de la piel y el alivio de la presión. Entre el segundo y el cuarto estadio estamos ante una herida abierta que cicatrizará en días, meses, e incluso años. El tiempo de cura dependerá de los cuidados que reciba el paciente, la extensión de la herida, y todo tipo de factores.

¿Cómo se activa el proceso de valoración y curación de estas heridas?

Primero valoramos el riesgo de cada paciente de desarrollar úlceras por presión; para ello utilizamos una serie de escalas, de las cuales un gran número ha aparecido en el contexto de la investigación en enfermería, por parte de enfermeros que han diseñado estos instrumentos que permiten valorar objetivamente el riesgo del paciente.

Las escalas que más se utilizan son la escala de Braden, la escala de Norton y la escala Emina. La escala de Norton apareció en el año 1962, diseñada por una enfermera inglesa que aún vive, Doreen Norton, y está considerada una de las contribuciones más importantes que ha hecho una enfermera inglesa en la segunda mitad del siglo XX.

La escala de Braden apareció a raíz de un doctorado de enfermería de la Universidad de Nebraska de la mano de dos enfermeras americanas que intentaron cubrir las lagunas que tenía la escala de Norton. Al haber un doctorado de por medio, ha arrastrado mucha investigación posterior. Por último, la escala de Emina también se hizo a raíz de la de Norton, pero ya en España.

¿Cuál es el siguiente paso?

Una vez se han valorado los riesgos, aplicamos cuidados preventivos, unos más generales y otros específicos. En cuanto a los generales, hay que asegurarse de que el paciente esté bien hidratado, bien nutrido... En cuanto a los cuidados específicos, giran en torno a varios ejes: uno muy importante es el cuidado de la piel, para lo que disponemos de productos que mejoran la resistencia de la piel al efecto de la presión; otra medida fundamental es el alivio local de la presión, que se consigue con los cambios posturales (que a veces no se hacen o no se pueden hacer, como ocurre en pacientes con fractura de columna). También aliviamos la presión con apósitos que tienen la capacidad de controlar la presión en determinadas zonas como los talones, y con otra medida muy importante: las superficies locales para el manejo de la presión, que pueden ser colchones de espuma visco elástica, cojines, etc., que alivian o reducen la presión. Además, también se utilizan las colchonetas alternantes, que tienen un sistema que alterna la presión, o sistemas de explotación dinámica, de baja presión continua o de flotación, que son sistemas en los que el paciente está en una superficie a una presión de contacto de menos de 17-20 milímetros de mercurio (mm Hg).

¿Qué tipo de materiales se utilizan para curar las úlceras por presión?

Actualmente estamos utilizando apósitos de cura en ambiente húmedo, hidrocélulares, hidroalcaloides, apósitos de plata, apósitos de colágeno... Además hay otras técnicas como la terapia de presión negativa, que nos ayuda a cicatrizar todo tipo de heridas muy complejas que antes no se podían tratar. También tenemos sustitutos térmicos, terapia gélida...

Hábleme un poco más de los apósitos de colágeno. ¿En qué consisten?

Es colágeno de origen bovino que actúa de preinstalación en el organismo, permitiendo una granulación más rápida. Es como una especie de andamiaje en el cual van a crecer nuevos vasos y nuevos tejidos, a la vez que el colágeno es degradado por el propio organismo.

¿Cómo se pueden prevenir las úlceras por presión?

El recurso más importante de que disponemos es el saber hacer de la enfermera que va a curar la úlcera. Hoy en día tenemos multitud de medios físicos para curar las úlceras, como por ejemplo los apósitos de ambiente húmedo, que buscan una cicatrización más fisiológica. Sin embargo, curar una úlcera por presión es saberla valorar, saberla entender, y saber qué es lo que está sucediendo en ella. Por ello, la enfermera siempre debe tener en cuenta el contexto general en el que se ha producido, es decir, la posición del paciente, la medicación que se le está administrando, etc., ya que todo ello influye en el estado del paciente.

¿Qué se puede hacer para acabar con este problema?

La mejor opción es la prevención. Hoy en día se puede prevenir un altísimo porcentaje de úlceras por presión y hay recursos para tratarlas. Ahora bien, la prevención vale dinero. Pero un euro invertido en prevención equivale a 10-20 euros invertidos en tratamiento.

¿Tan caro es el tratamiento?

Éste es un problema que cuesta mucho dinero al sistema de salud. Además de producir mucho sufrimiento a las personas que lo padecen y a los familiares y personas de su entorno que los cuidan, es un indicador de mala asistencia sanitaria. Su curación puede costar alrededor de 6500 euros en estadio 4: los pacientes tienen que estar más tiempo ingresados, necesitamos camas, personal, apósitos, material de curas, mano de obra de enfermería desplazados a las casas para hacer las curas, etc. Un colchón de altísimas prestaciones es caro, puede costar alrededor de 6.000 euros, pero va a durar un mínimo de cuatro años; tratar una úlcera por presión nos va a costar ese dinero.

En total, el coste de las heridas (úlceras por presión, pie diabético, heridas que se infectan...) puede llegar a representar un 5% de los 100.000 millones de euros que se dedican anualmente en España a la salud, es decir, 5.000 millones de euros, casi un billón de las antiguas pesetas.

Entonces, ¿la clave de la solución de este problema son los medios?

Aunque los medios son fundamentales, es un todo: es tener medios, es trabajar con lo que llamamos guías de práctica clínica, en las que se van integrando los nuevos conocimientos que resultan de las investigaciones, donde se presentan evidencias de que hay medidas que son efectivas. Por último, es implicación institucional (de todas y cada una de las personas que integran la institución).

¿El sistema sanitario español es consciente de este tema?

Desgraciadamente, en nuestro país todavía no hay una conciencia muy clara de las consecuencias que pueden derivar de no tener medios para la prevención. Hay países en los que la institución se enfrenta a un gran riesgo de demanda legal si un paciente desarrolla este tipo de lesiones dentro de ella. En otros países van más allá; en Japón, por ejemplo, la incidencia de úlceras por presión es un indicador que se utiliza para penalizar a los hospitales, y en Reino Unido, y EEUU, hay profesionales que han perdido su licencia o han ido a la cárcel por no haber puesto en marcha todas las medidas para tratar correctamente una úlcera por presión.

¿Podemos decir que se están cumpliendo realmente los protocolos de prevención de úlceras por presión?

Trabajamos con datos del estudio de prevalencia del 2001, del 2005 y el 2009, y los datos nos dicen que la prevención se mantiene estable, o sea que es un problema que está. ¿Quiere decir que lo estamos haciendo todo mal? No, porque el perfil de población que había en el 2001 no es el mismo que en el 2009; en ese sentido, mantener el problema bajo una prevalencia similar ya es algo positivo. Ahora bien, ¿es suficiente? Yo pienso que no. Tenemos que ir a buscar un nivel mínimo de incidencias. Hay casos en los que es prácticamente inevitable, pero no es de recibo que haya en torno a un 7% de pacientes con

una úlcera por presión; es más, sabemos que dos terceras partes de las úlceras se han originado en el mismo hospital.

Según los datos que ha mencionado, parece ser que cada vez hay más pacientes en riesgo de desarrollar una úlcera por presión... ¿Qué consecuencias directas puede tener este hecho?

Nos enfrentamos a nuevos retos que no teníamos hace años: el envejecimiento de la población, la obesidad como epidemia, la diabetes, hipertensión arterial... todo ello significa que, con el mismo dinero que tenemos ahora, porque ningún político va a recortar dinero de otros usos para curar esto, tendremos que curar muchísimos más pacientes. Eso nos obliga a ser eficientes, previniendo lo que sea prevenible, y mejorando en el tratamiento con ayuda de enfermeras referentes en heridas, guías de práctica clínica, consultas para derivar casos complejos, evaluar nuevas tecnologías...

Ha mencionado los temidos recortes. Ahora con la crisis, algunos sectores los sufrirán...

Aunque estemos en crisis, es un gran error recortar gastos destinados a las úlceras por presión, porque vamos a gastar cinco veces más en curar lo que no hemos prevenido. Por ello, insistimos tanto en que se conozca el problema: tenemos indicadores, tenemos metodología, trabajos, incluso un software que permite a cada hospital sacar sus propios indicadores.

Dejar de invertir en prevención por la crisis va a ser una catástrofe. Prevenir el 90% de las úlceras por presión nos sale a cuenta. Gastar dinero en medios, en tener grupos de trabajo dentro de las instituciones, en formación, en implantar guías de práctica clínica... todo ello nos va a ahorrar dinero. Además también está la cuestión de los casos legales que hemos mencionado anteriormente, aunque la prevención debería ser una prioridad más por lo científico que por temas legales.

¿Cómo se enfrentan los familiares a las úlceras por presión de sus enfermos?

El patrón de la población ha cambiado; hace diez años era más conformista pero hoy, los hijos, los nietos... buscan y se informan sobre terapias, métodos... y exigen que se tomen todas las medidas para cuidar a sus enfermos. Lo del profesional activo y paciente pasivo ha pasado a la historia. Por otra parte, hay un alto personal no sanitario que está cuidando e incluso curando a sus familiares, y habría que informarles de la mejor manera de tratar estas heridas.

A lo largo de esta entrevista ha mencionado varias veces el papel de los profesionales de la enfermería como investigadores. ¿Qué aportaciones hacen en este campo?

El de las úlceras por presión es uno de los ámbitos en los que la enfermería ha producido más investigación; es un problema cotidiano para ellos, y muchos han realizado estudios comparativos, ensayos clínicos...

Además, es un campo en el que es necesaria la interdisciplinariedad; es necesario tratar con infectólogos, cirujanos plásticos, especialistas en higiene interna, etc., porque es un problema que requiere del trabajo de todo el equipo asistencial. El trabajo de los enfermeros es muy importante en la investigación del tratamiento de todo tipo de heridas, y por eso es fundamental que se integren en los equipos de investigación.

Tampoco podemos olvidar que es muy importante el papel de las revistas científicas como ésta en la que nos encontramos; la investigación es para discutirla, no para que se quede en un cajón; el conocimiento científico se valida discutiendo y compartiéndolo con el resto de la comunidad científica, para que esos estudios sirvan, entre otras cosas, de punto de partida para estudios nuevos y conseguir así grandes avances.

Muchas gracias por su tiempo.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia