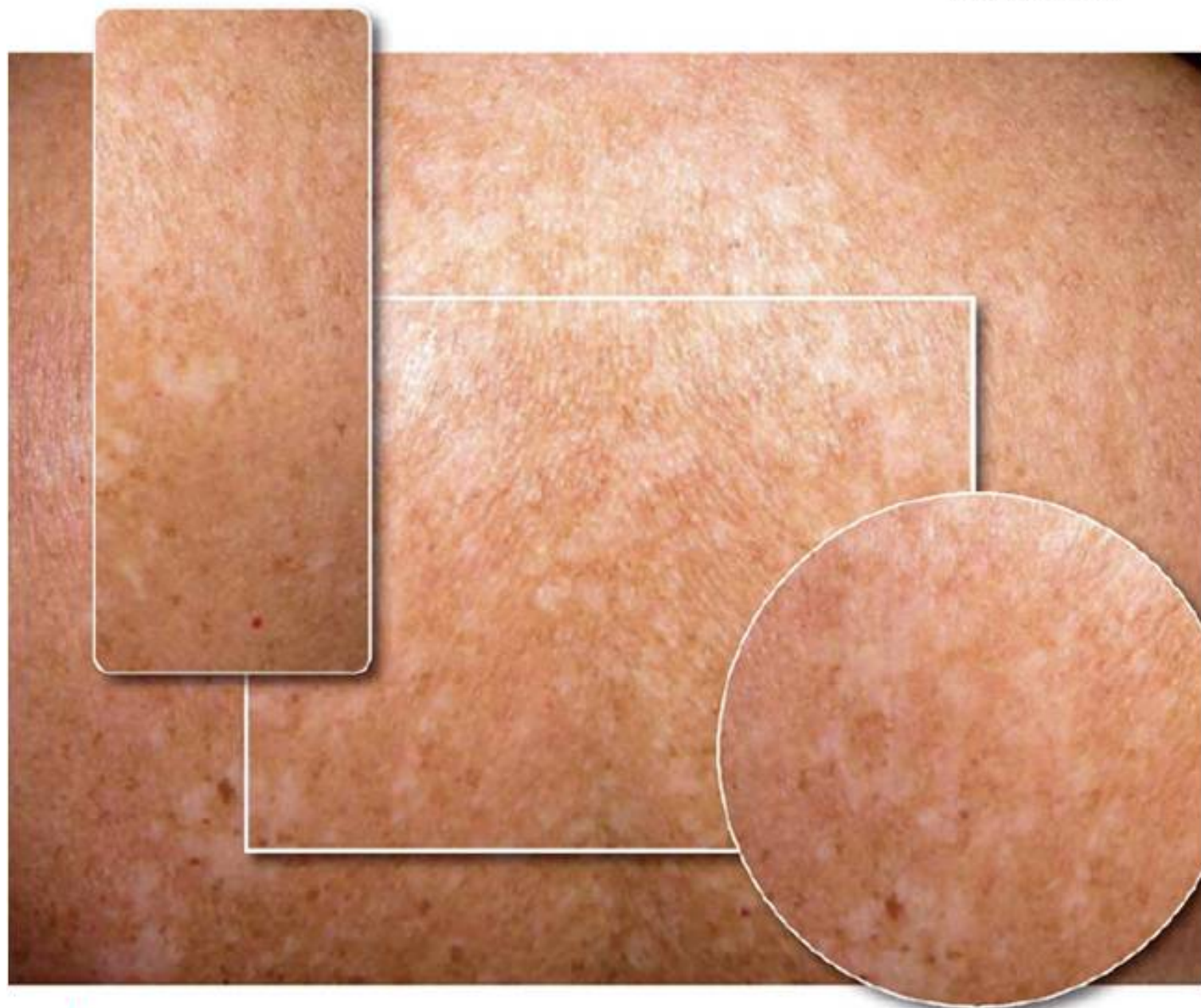




- "E.V.I.T.A.N.D.O" a las UPP: Acrónimo nemotécnico para la prevención de las úlceras por presión según la evidencia.
- Diseño e interpretación del catálogo de productos de cura en ambiente húmedo del SERGAS.
- Heridas crónicas en un área de salud de Murcia.
- Estudio descriptivo de la lepra en residentes del Sanatorio de Fontilles.
- Estudio observacional transversal del manejo del dolor irruptivo asociado a los tratamientos en pacientes con úlceras cutáneas.
- Decisiones basadas en la evidencia: Mejorando la calidad de la atención en un caso clínico de úlcera venosa.
- Maceración perilesional en una úlcera por presión: La merbromina, una alternativa eficaz.
- Páginas y grupos profesionales para el abordaje de úlceras y heridas en Facebook (I).
- Impacto de las úlceras por presión en la mortalidad.

número

27

año 10. enero-abril 2016

“E.V.I.T.A.N.D.O.” A LAS UPP: ACRÓNIMO NEMOTÉCNICO PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN SEGÚN LA EVIDENCIA

“E.V.I.T.A.N.D.O.” TO THE PU: MNEMONIC ACRONYM FOR THE PREVENTION OF THE PRESSURE ULCERS EVIDENCE-BASED

José María Rumbo Prieto

PhD, MSN, BSN (DUE). Gerencia de Gestión Integrada de Ferrol. Cátedra Hartmann de Cuidados de la Piel. Universidad Católica de Valencia.

Contacto: jmrumbo@gmail.com

Fecha de recepción: 02/02/2016

Fecha de aprobación: 17/02/2016

El cuidado de la piel y los cambios posturales son algunas de las estrategias para la prevención de las úlceras por presión (UPP); por lo que, ante un paciente con riesgo de padecerlas, se hace necesario elaborar un adecuado plan de cuidados individualizado encaminado a disminuir o controlar los factores de riesgo, principalmente: movilidad, estado de piel, hidratación y nutrición. Según la evidencia, las principales medidas generales de prevención de UPP se pueden agrupar en el acrónimo nemotécnico **“E.V.I.T.A.N.D.O.”**; término creado por Verdú-Soriano y López-Casanova⁽¹⁾, para facilitar su recordatorio y que hace referencia a: evaluar el riesgo, la vigilancia activa, la integridad cutánea, los tratamientos tópicos, el alivio de la presión, la nutrición, el documentar y el orientar.

Este artículo viene a justificar el uso rutinario del acrónimo **“E.V.I.T.A.N.D.O. a las UPP”** como una buena práctica clínica basada en la evidencia; con la finalidad de ir incorporando las recomendaciones de prevención en UPP según la mejor evidencia disponible. Para ello, se ha realizado una revisión narrativa de la evidencia más actual (guías de práctica clínica sobre UPP) y un análisis de contenidos de la evidencia (sistema GRADE y AGREE II) descrita en cada uno de los documentos revisados⁽²⁻⁴⁾. El resultado documental del estudio se expone en el Anexo1.

Como reflexiones finales, no debemos olvidarnos que actualmente, con la publicación de la *“Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020”*, se establecen las líneas estratégicas para la prevención de las UPP (línea estratégica nº 2; objetivo 2.4); que nos recomienda basarnos en la aplicación de prácticas clínicas seguras al interactuar con el paciente⁽⁵⁾.

Es por ello que, según las experiencias clínicas observadas en los congresos, tanto del GNEAUPP (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras Por Presión y Heridas Crónicas), como de ANEDIDIC (Asociación Nacional de Enfermería Dermatológica e Investigación del Deterioro de la Integridad cutánea), las recomendaciones de evidencia incluidas en el acrónimo **“E.V.I.T.A.N.D.O. a las UPP”** (propuesto en este estudio), podrían facilitar dicho proceso de prevención; así como la implementación de las recomendaciones de las guías de práctica clínica.

Por otro lado, la propia NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) se ha hecho eco de la importancia de las UPP, y en su última revisión a actualizado los diagnósticos enfermeros referentes al “Deterioro de la Integridad Cutánea y Tisular”, incorporando un diagnóstico específico para las UPP, conscientes de importante rol que realiza la enfermería para prevenir y tratar este tipo de lesiones⁽⁶⁾.

Del mismo modo, en la literatura científica⁽⁷⁻⁸⁾ ya aparecen estudios que utilizan la vía de estandarizar el lenguaje de enfermería desarrollando un catálogo normalizado de acciones que den consistencia a las intervenciones de enfermería NIC (Nursing Interventions Classification), para que los profesionales pueda realizar planes de cuidados y actividades basadas en recomendaciones de evidencia, con la seguridad que da el saber que esas acciones/actividades son los mejores cuidados que se pueden dispensar a los pacientes en riesgo de padecer UPP.

ANEXO 1: “E.V.I.T.A.N.D.O.” a las UPP según la práctica basada en la evidencia⁽²⁻⁴⁾

“E.V.I.T.A.N.D.O.” a las UPP		
PROCESOS	ACCIONES / INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	NIVEL DE EVIDENCIA
EVALUAR EL RIESGO	Identificar y medir la valoración del riesgo de UPP (EVRUPP) mediante escalas validadas: Escala de Braden (Braden Q, en niños entre 1 mes y 14 años), Norton, EMINA, Waterloo...	Alta
	Utilizar la historia clínica y realizar exámenes físicos dirigidos a determinar los factores de riesgo que pueden conducir a la presión y la formación de úlceras o que puedan afectar a la cicatrización de las úlceras existentes.	Baja
	Utiliza la palpación digital (presión con el dedo o cristal de diascopia) para determinar el riesgo de UPP en zonas con eritema o decoloración observando si blanquea o no blanquea (Reevaluar a las 2 horas en casos dudosos).	Baja
VIGILANCIA ACTIVA	Realizar una valoración de la piel en el momento del ingreso o durante la primera consulta/visita domiciliaria y como mínimo una vez al día (se realizará coincidiendo con el aseo), así como después de procedimientos prolongados que implican una reducción de la movilidad.	Moderada
	Considere a los adultos y niños con dispositivos clínicos en contacto con la piel, como personas en riesgo de UPP.	Moderada
	Inspeccionar el estado de la piel regularmente para detectar signos de enrojecimiento en los individuos identificados con riesgo de padecer UPP.	Moderada
	Valorar todos los procesos que puedan originar un exceso de humedad en la piel (incontinencia, sudoración profusa, drenajes, exudados, fiebre...).	Baja
	Vigilar los dispositivos diagnósticos o terapéuticos que puedan producir presión: equipo de oxigenoterapia, movilización de sondas, equipo de ventilación mecánica, férulas, yesos, tracciones, etc.	Baja
	Vigilar las zonas especiales de riesgo de desarrollar UPP: talones, occipital, pabellones auditivos, nariz, pómulos, etc.	Muy Baja
	Valorar periódicamente el estado general de salud de la persona con UPP.	Baja
INTEGRIDAD CUTÁNEA	Examinar y mantener una correcta higiene e hidratación de la piel.	Moderada
	Utilizar jabones no irritativos y con un pH neutro.	Baja
	Lavar la piel con agua y jabón, aclarar y secar cuidadosamente los pliegues cutáneos por empapamiento.	Baja
	No masajear ni frotar vigorosamente la piel que está en riesgo de úlceras por presión.	Alta
	No realizar masajes en las prominencias óseas.	Alta

TRATAMIENTO TÓPICO	Aplicar lociones hidratantes específicas hasta su absorción.	Moderada
	No utilizar soluciones que contengan alcohol.	Moderada
	Sólo emplear ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) en las zonas de riesgo de UPP.	Alta
	Proteja la piel del exceso de humedad con productos barrera (cremas a base de zinc o películas barreras).	Baja
ALIVIO DE LA PRESIÓN	Elaborar un plan de cuidados que incentive y mejore la actividad y movilidad del sujeto.	Moderada
	Fomentar y facilitar la movilidad y actividad física activa en la medida de las posibilidades de cada individuo.	Baja
	Realizar una movilización pasiva de las articulaciones aprovechando los cambios posturales en personas con la movilidad reducida.	Baja
	Elegir una superficie especial basándose en el riesgo que presente la persona según la escala de riesgo elegida.	Moderada
	Considerar siempre las SEMP como un material complementario que no sustituye al resto de cuidados de movilización y cambios posturales.	Baja
	No utilizar colchones convencionales de espuma con los individuos en riesgo de desarrollar UPP.	Alta
	Utilizar la SEMP activa (sobrecolchón o colchón) en el caso de sujetos con un mayor riesgo de desarrollar UPP y donde no sea posible efectuar cambios posturales.	Moderada
	Utilizar preferentemente colchones de espuma con mayores prestaciones antes que colchones de espuma de hospital estándar en todos los casos de individuos en riesgo de desarrollar UPP.	Alta
	Emplear sobrecolchones activos de presión alternante o colchones de remplazo: tienen una eficacia similar en cuanto a la incidencia de las UPP.	Alta
	No utilizar colchones o sobrecolchones de aire de presión alternante formado por pequeñas células circulares (<10 cm) en personas de alto riesgo o con UPP.	Moderada
	Utilizar colchón que redistribuya la presión en la camilla de operaciones quirúrgicas para todos los individuos con riesgo de desarrollar UPP.	Moderada
	Prestar atención a la redistribución de la presión antes y después de la intervención quirúrgica en operaciones de larga duración.	Muy Baja
	Levantar a la persona al sillón en cuanto sea posible aumentando gradualmente el tiempo de sedestación.	Baja
	Facilitar el uso de dispositivos que ayuden al individuo en sus movimientos como: trapezio, barandillas, etc.	Muy Baja
	Programar los cambios posturales (frecuencia, posiciones y evaluación de las intervenciones) de manera individualizada, dependiendo de la superficie en la que esté la persona.	Alta

Usar ayudas para las transferencias (se reducen las fuerzas de fricción y cizalla).	Baja
Levantar (no arrastrar) al individuo al realizar los cambios posturales.	Baja
Evitar la presión directa sobre las prominencias o superficies óseas del cuerpo.	Moderada
Evitar posicionar al individuo directamente sobre dispositivos, como tubos o sistemas de drenaje.	Baja
No utilizar flotadores o rodets cuando el individuo esté en sedestación.	Moderada
No sobrepasar los 30° en la elevación del cabecero de la cama, o en la lateralización de la persona.	Moderada
Realizar los cambios en la posición de decúbito alternativamente, derecha, izquierda y supino.	Moderada
Utilizar la posición prona si el individuo puede tolerarlo y sus condiciones lo permiten.	Moderada
Evitar posturas que aumenten la presión (como el decúbito supino en 90°).	Alta
Combinar cambios cada 4 horas y el uso de colchón de espuma viscoelástica.	Alta
Efectuar movilizaciones cada 15 minutos si el sujeto se encuentra sentado; si no se puede movilizar, se le realizarán, al menos, cada hora.	Moderada
Utilizar un cojín de asiento que redistribuya la presión para los individuos sentados en una silla cuya movilidad está reducida y que se encuentran en peligro de desarrollar una UPP.	Moderada
Utilizar sistemas de alivio local de la presión, como apósitos anatómicos de espuma de poliuretano.	Alta
Utilizar cojines o cuñas de espuma para eliminar la presión entre prominencias óseas, sobre los trocánteres y maléolos.	Moderada
Utilizar una almohada debajo de las pantorrillas para elevar los talones. Los dispositivos de protección de los talones deben elevar el talón completamente (liberándolo de toda carga) de modo que se distribuya el peso de la pierna a lo largo de la pantorrilla sin que se ejerza presión sobre el tendón de Aquiles. La rodilla debe estar ligeramente flexionada.	Moderada
Utilizar apósitos de espuma de poliuretano no adhesiva con forma de talón (permiten la inspección diaria de la piel y su uso durante varios días); son la mejor opción frente a la protección tradicional con algodón y venda, para prevenir las UPP.	Alta

NUTRICIÓN	Examinar y evaluar el estado nutricional de cada individuo con riesgo de UPP en la primera consulta o al ingreso.	Moderada
	Utilizar instrumentos de valoración de riesgo nutricional (test Mini Nutritional Assessment (MNA)).	Alta
	En caso de déficit nutricional, establecer un plan nutricional que incluya una dieta rica en calorías, proteínas o arginina, vitaminas con efecto antioxidante (A, grupo B, C y E), minerales (Selenio y Zinc) y ácido alfa-lipoico.	Moderada
	Aportar suplementación nutricional con complejos ricos en proteínas en personas en riesgo de déficit nutricional y riesgo de UPP o tras una intervención quirúrgica mayor.	Moderada
DOCUMENTAR	Registrar la valoración de riesgo y reevaluar al menos una vez por semana y siempre que existan cambios que lo sugieran.	Baja
	Llevar a cabo una nueva evaluación si hay algún cambio significativo en la condición del individuo. (por ejemplo, después de la cirugía, el agravamiento de una enfermedad subyacente o con un cambio en la movilidad).	Baja
	Utilizar el sistema internacional de clasificación NPUAP - EPUAP para clasificar y documentar la pérdida de solución de la piel.	Alta
ORIENTAR	Formar a los profesionales sanitarios que tienen contacto con cualquier persona afectada de UPP o riesgo de padecerlas en los conocimientos sobre prevención, tratamiento y métodos de identificación.	Alta
	Formar a los profesionales sobre cómo realizar una evaluación completa de la piel que incluya la técnica del blanqueo.	Alta
	Implicar a los individuos, familias y grupos en la planificación e implementación de los programas de prevención de UPP.	Muy Baja
	Educar a cuidadores y profesionales de la salud acerca de las causas, la evaluación y la gestión del dolor de las UPP.	Baja

(*) El acrónimo nemotécnico “E.V.I.T.A.N.D.O.” es original de Verdú-Soriano J v López-Casanova P.

BIBLIOGRAFÍA

- López Casanova P. Programa de Seguridad de Pacientes: Úlceras por presión y calidad asistencial. Ponencia presentada en: XXX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y VIII Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de la Comunidad de Valencia. Valencia, 18-21 de noviembre de 2009. p. 48. [Acceso febrero 2016]. Disponible en: <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/ponencias/xxx-congreso-semi/D.Lopez%20Casanova.pdf>
- Avilés-Martínez MJ, Sánchez-Lorente MM, editores. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2012.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Pressure ulcer prevention. The prevention and management of pressure ulcers in primary and secondary care. London (UK): NICE; 2014.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), Pressure Injury Alliance (PAN PACIFIC). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline. 2a Ed. Perth (Australia): Cambridge Media; 2014.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2015.
- Rumbo-Prieto JM. Novedades sobre úlceras e integridad cutánea en la nueva clasificación de diagnósticos de enfermería NANDA 2015-2017. Enferm Dermatol. 2015; 9(26):7-10.
- Rumbo Prieto JM, Arantón Areosa L. Evidencias clínicas e intervenciones NIC para el cuidado de úlceras por presión. Enferm Dermatol. 2010; 4(9):13-9.
- Rumbo-Prieto JM, Arantón-Areosa L, Romero-Martín M, Calvo-Pérez AI, Fernández-Segade J. Normalización de las acciones de intervención de la práctica enfermera en el deterioro de la integridad cutánea y tisular: Estudio NAIPE-DiCyT. Enferm Dermatol. 2012; 6(16):26-33.

DISEÑO E INTERPRETACIÓN DEL CATÁLOGO DE PRODUCTOS DE CURA EN AMBIENTE HÚMEDO DEL SERGAS (SERVICIO GALLEGO DE SALUD).

DESIGN AND INTERPRETATION OF PRODUCTS CATALOG MOIST WOUND HEALING SERGAS (GALICIA HEALTH SERVICE)

Autores: Luis Arantón Areosa⁽¹⁾, Ramón Delgado Fernández⁽¹⁾, Ana Isabel Calvo Pérez⁽²⁾, Josefa Fernández Segade⁽²⁾, María de los Ángeles Pérez Vázquez⁽³⁾, Francisco Javier Rodríguez Iglesias⁽⁴⁾, Jacinta Álvarez Nieto⁽⁴⁾

(1) Enfermeros. Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol. Servizo Galego de Saúde.

(2) Enfermeras. Servicio de Integración Asistencial. Dirección de Asistencia Sanitaria. Servizo Galego de Saúde.

(3) Enfermera. Xerencia de Xestión Integrada de Pontevedra. Servizo Galego de Saúde.

(4) Enfermeros. Xerencia de Xestión Integrada de Santiago. Servizo Galego de Saúde.

Contacto: luaranton@gmail.com

Fecha de recepción: 20/12/2015

Fecha de aprobación: 30/01/2016

RESUMEN

Las úlceras por presión tienen repercusión asistencial, social, económica y sobre la salud, pero además suponen una fuente de sufrimiento muy importante para el paciente. La existencia en el mercado, de tantos y tan variados productos para el tratamiento, supone una complicación para muchos profesionales.

Se precisa promover mayor conocimiento y sensibilización de todos los implicados (profesionales, pacientes y cuidadores), para uniformizar las pautas y el abordaje, mejorando la efectividad y la eficiencia. El diseño e implementación de un catálogo de productos, ágil y visual, basado en pictogramas y fotografías, pero que incluye toda la información necesaria para la utilización adecuada de los productos, facilita una adecuada utilización y optimización de los apósitos.

Palabras clave: herida, apósito, ambiente húmedo, cicatrización, catálogo.

ABSTRACT

Pressure ulcers have an impact of care, social, economic and health, but they also represent a very important source of suffering for the patient. The existence in the market, of so many and varied products for the treatment, assumes a complication for many professionals.

It is precise to promote greater knowledge and awareness of all those involved (professionals, patients and caregivers), to harmonize the guide-

lines and the approach, improving the effectiveness and efficiency. The design and implementation of a catalog of products, agile and visual, based on pictograms and photographs, but that includes all the information necessary for the proper use of the products, facilitates a proper utilization and optimization of the dressings.

Key words: wound, dressing, moist environment, healing, catalog.

INTRODUCCIÓN

En el Servicio Gallego de Salud (SERGAS), conscientes de la importancia e impacto asistencial de una adecuada gestión de la prevención y tratamiento del deterioro de la integridad cutánea y tisular, se viene apostando desde hace años por mejorar la estructura, recursos y condiciones necesarias, para tratar de normalizar y sistematizar la actividad asistencial derivada⁽¹⁾.

Las úlceras por presión suponen un gran problema clínico y asistencial, con enorme repercusión social, económica y sobre la salud de los pacientes, familiares y entorno socio-familiar cercano⁽¹⁻³⁾.

Suponen una fuente de sufrimiento muy importante y un gasto sanitario desproporcionado, pero es que además, limitan la esperanza de vida de los pacientes, incrementando su morbilidad y mortalidad⁽³⁾. a ello añadimos que un porcentaje muy alto se producen como consecuencia de la ausencia, insuficiencia o ineficiencia de los cuidados recibidos por el paciente y que se da por

establecido que un 95 % de las UPP, serían prevenibles, estaríamos ante una “mala gestión de la prevención y tratamiento de las UPP”^(2,4,5).

En cuanto al tratamiento^(4,6), nos encontramos con que existen en el mercado, cientos de productos para tratamiento de úlceras por presión y heridas crónicas; tantos y tan variados, que resulta una complicación para muchos profesionales, que al no conocer en profundidad sus propiedades, indicaciones y peculiaridades, acaban limitándose a unos pocos que conocen mejor; aunque con riesgo evidente de que se puedan utilizar inadecuadamente alguno de ellos (solos o combinados).

Está demostrado que la implantación de estrategias de mejora que promuevan mayor conocimiento y sensibilización de todos los implicados (profesionales, pacientes y cuidadores), permite abordar con efectividad y eficiencia este problema de salud y mejorar la seguridad de los pacientes⁽⁵⁾.

Aunque existe amplio consenso en que la atención a los pacientes debe ser llevada a cabo de una manera integrada, no siempre resulta fácil de conseguir, al tener que abordarlo desde sistemáticas asistenciales tradicionales, en muchos casos bastante rígidas. Cambiar la forma de trabajar y enfocar la asistencia de las organizaciones y de los propios profesionales, supone promover un cambio de modelo, un cambio cultural demasiado profundo, que no se consigue sino de una forma estructurada y planificada.

PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

La Prevención, en lo referente a úlceras por presión, es sin lugar a dudas, la medida más útil, más barata y la que asegura la mejor asistencia al paciente. Para ello es de vital importancia conocer bien todos los agentes causales (o circunstancias que puedan resultar favorecedores). Una valoración minuciosa del paciente, nos permitirá identificarlas, para sobre ellas, establecer un plan de cuidados individualizado^(2,5).

Si con los mecanismos de prevención no conseguimos contrarrestar los factores de riesgo, el paciente acabará desarrollando úlceras en una o varias localizaciones^(4,6).

Es de vital importancia, revisar y explorar las zonas de riesgo de todos los pacientes con riesgo

elevado, de cara a poder identificar lo antes posible las lesiones y en consecuencia, administrar los cuidados específicos necesarios, para evitar su progresión. La detección y establecimiento de cuidados de manera precoz, evita por una parte, limitar la progresión de la necrosis (las lesiones serán más superficiales y de menor entidad), y por otra parte establecer los tratamientos, medidas y cuidados necesarios para realizar un tratamiento más oportuno para conseguir la epitelización.

TRATAMIENTO Y ABORDAJE TERAPÉUTICO

Si a pesar de las medidas de prevención, se produce la úlcera, el tratamiento necesariamente ha de incluir la administración de los cuidados preventivos y terapéuticos en función de los riesgos identificados:

Lo primero sería clasificar adecuadamente la UPP (el tipo de abordaje depende de los tejidos y planos afectados). Además, para el abordaje terapéutico, se recomienda el uso de la cura en ambiente húmedo (CAH), en contraposición a la cura tradicional (cura seca) realizada con gasas y antisépticos⁽⁶⁾.

La Cura en Ambiente húmedo se basa en la utilización de apósitos semioclusivos con los que se cubre totalmente la lesión, proporcionando protección local (evita traumatismos) y protegiendo la entrada de gérmenes; además estos apósitos, a su vez, facilitan el aporte de oxígeno y de nutrientes al lecho de la lesión, favorecen la acción de los fibroblastos en la producción de colágeno, la acción bacteriostática acidificando el pH de la zona y facilitan la migración celular, creando un microclima donde existen unas buenas condiciones de humedad y de temperatura para estimular la cicatrización de la lesión⁽⁴⁻⁶⁾.

Para el abordaje específico de cualquier úlcera, es importante valorar^(1,4,7,8):

- La zona anatómica y extensión (superficie) de la lesión a tratar.
- Presencia de tejido necrótico en la lesión: El tejido desvitalizado no permite la evolución de la herida a la epitelización, por lo que debemos tratar de eliminar todo el tejido desvitalizado del lecho de la lesión (desbridamiento cortante, autolítico o enzimático, combinaciones entre sí).

- Nivel de carga bacteriana de la lesión: Hay que valorar si la carga bacteriana puede estar interfiriendo en la evolución de la herida (colonización crítica que estaría estancando su progresión), si presenta signos clínicos de infección o si sus condiciones nos deben hacer sospechar que presenta biofilm; en cualquiera de las tres situaciones (colonización crítica, infección y biofilm), habría que aplicar medidas terapéuticas específicas.
- Nivel de exudado (posibilidad de macerar piel perilesional que podría aumentar el tamaño de la lesión, producir discomfort, fugas, mal olor).
- Estado de los bordes de la herida y de la piel perilesional.
- Presencia o no de dolor en la lesión y/o en las curas.
- Conocer las características, indicaciones y comportamiento del arsenal terapéutico disponible, para que poder utilizarlo en función de las características del paciente y la lesión o lesiones que éste haya desarrollado.
- Registro de toda la actividad planificada e implementada.

La unificación de criterios y establecimiento de líneas de actuación comunes, derivan en mejores resultados clínicos. Para ello, además de las características de la heridas (exposición a presión, cizalla, fricción, o humedad, el nivel de exudado, olor, cavitación, estado de la piel perilesional, presencia o no, de tejido necrótico y sus características...), que sabemos que van a ser determinantes a la hora de indicar los materiales idóneos para el tratamiento de una lesión, es indispensable también⁽⁹⁻¹¹⁾:

Conocer las características, propiedades e indicaciones de cada uno de los apósitos o productos destinados tanto a la prevención, como al tratamiento de las heridas, así como se comportan en las distintas situaciones asistenciales.

- Saber interrelacionar los signos e información que nos dan las heridas, con las características y propiedades de los apósitos, para optimizar su utilización e indicación.
- Tener conciencia de que debemos individualizar el tratamiento de cada lesión, en función

de las características y circunstancias propias de cada paciente.

- Valorar la herida en cada cura para detectar los cambios producidos y establecer con rigor, tanto la frecuencia de las curas, como los productos que debemos utilizar en función de cómo sea la evolución de la misma.

Como resultado del concurso centralizado de apósitos del Servizo Galego de Saúde, se adjudican 31 lotes de productos, para su utilización en toda la red sanitaria gallega. Con el nuevo catálogo de productos de cura en ambiente húmedo del SERGAS se dispone de apósitos con diversas formas, materiales y propiedades: Mallas, apósitos con carbón, hidrofibras, alginatos, hidrocoloides, espumas hidropoliméricas e hidrocélulas, o apósitos que combinan en uno solo, algunas de las tecnologías anteriores.

La metodología utilizada para el diseño del catálogo, se basó en la creación de un equipo de mejora de la calidad tipo QIT (Quality Implement Team), formado por profesionales de reconocida experiencia y prestigio en la gestión del deterioro de la integridad cutánea y tisular. La toma de decisiones, se realizó a través de la técnica cualitativa de grupo nominal, con búsqueda de consenso dentro del grupo de investigación.

Así, tras la adjudicación, se procedió al diseño y elaboración del “Catálogo de Productos de Cura en Ambiente Húmedo”, normativizado por familias (grupos categorizados), que sería de aplicación en todo el SERGAS.

Dicho catálogo^(Anexo 1), se diseñó en formato póster para ofrecer de manera ágil y visual, toda la información necesaria para una utilización adecuada (incluso por profesionales inexpertos), de manera que a su vez, pueda servir como guía para el tratamiento en pacientes con UPP y otras heridas, tanto crónicas, como agudas.. Para simplificar el diseño, se utilizaron pictogramas y fotografías, acompañadas de texto informativo con frases cortas y específicas, para tratar de mejorar su comprensibilidad y legibilidad.

En el catálogo se incluye cada uno de los apósitos de los lotes que los profesionales van a tener a su disposición en los centros asistenciales que dependen del SERGAS; agrupándolos por familias, ya que las características que les condicionan, suelen ser iguales o muy similares. En todos

los casos se acompaña de una foto del apósito, del nombre genérico y nombre comercial, medidas, código de producto con el que aparece en el pedido, precio del producto por unidad y características principales a tener en cuenta, tanto en indicaciones, como en precauciones o limitaciones de uso del mismo.

Las familias de apósitos se disponen en dos filas a lo largo del póster (una superior y otra inferior); cada familia tiene asignado un color diferente y cada tipo de apósito se sitúa en una especie de caja vertical, donde se dispone toda la información del apósito o familia de apósitos.

La parte central del póster, se reserva para los pictogramas explicativos, que se sitúan en el centro entre las filas superior e inferior de apósitos. El pictograma con los tipos de tejido^(Figura 1) indica que apósito sería factible en función del tipo de tejido presente en la lesión (se incluye una foto de cada tipo de tejido y las iniciales del nombre para evitar confusiones).

El pictograma con las propiedades^(Figura 2); aporta la información necesaria para documentar las propiedades:

- Límite de días que puede permanecer el apósito en la lesión.
- Si se puede recortar, o no, el apósito.
- Si precisa, o no, apósito secundario.

- Si está indicado para heridas poco exudativas (una gota), moderadamente exudativas (dos gotas) o altamente exudativas (tres gotas).
- Si precisa (o no), vendaje de sujeción.

Además de la información de los pictogramas se incluyen otras características en texto (en el centro de la columna), que pueden condicionar o limitar la utilización del apósito^(Figura 3).

De esta forma, podemos comprobar que el apósito de alginato:

- Está indicado para heridas con alto contenido de exudado (alta absorción).
- Retiene exudados en su interior, por lo que mantiene húmedo el lecho de la lesión (cura en ambiente húmedo).
- Tiene propiedades hemostáticas (por su contenido en calcio).
- No debemos colocarlo sobresaliendo de los bordes de la lesión, porque maceraría el tejido perilesional.
- Si se usa para rellenar cavidades, no debe rellenarse más allá del 75% de la capacidad de la cavidad, porque aumentaría de volumen al interactuar con el exudado, siendo contraproducente para la herida (generaría presión dentro de la cavidad, contra las paredes de la misma).



Figura 1. Tipo de tejido para el que estaría indicado (lecho de la lesión).



Figura 2. Propiedades / Características que limitan el uso del apósito

En la imagen del Alginato, que usamos como ejemplo, podemos comprobar que aparece (de arriba hacia abajo), la siguiente información:

INFORMACIÓN QUE INCLUYE

- Nombre de la familia de producto: Alginato
- Foto del apósito.
- Nombre comercial del alginato incluido en el catálogo: Algisite M
- Medidas del apósito.
- Coste (precio) - unidad
- Características específicas que pueden condicionar su utilización.
- Pictogramas de propiedades del apósito.
- Pictogramas de los tipos de tejido en los que estaría indicado.
- Código y nombre (denominación exacta) con el que aparece identificado en el petitorio de suministros (SUMAP)

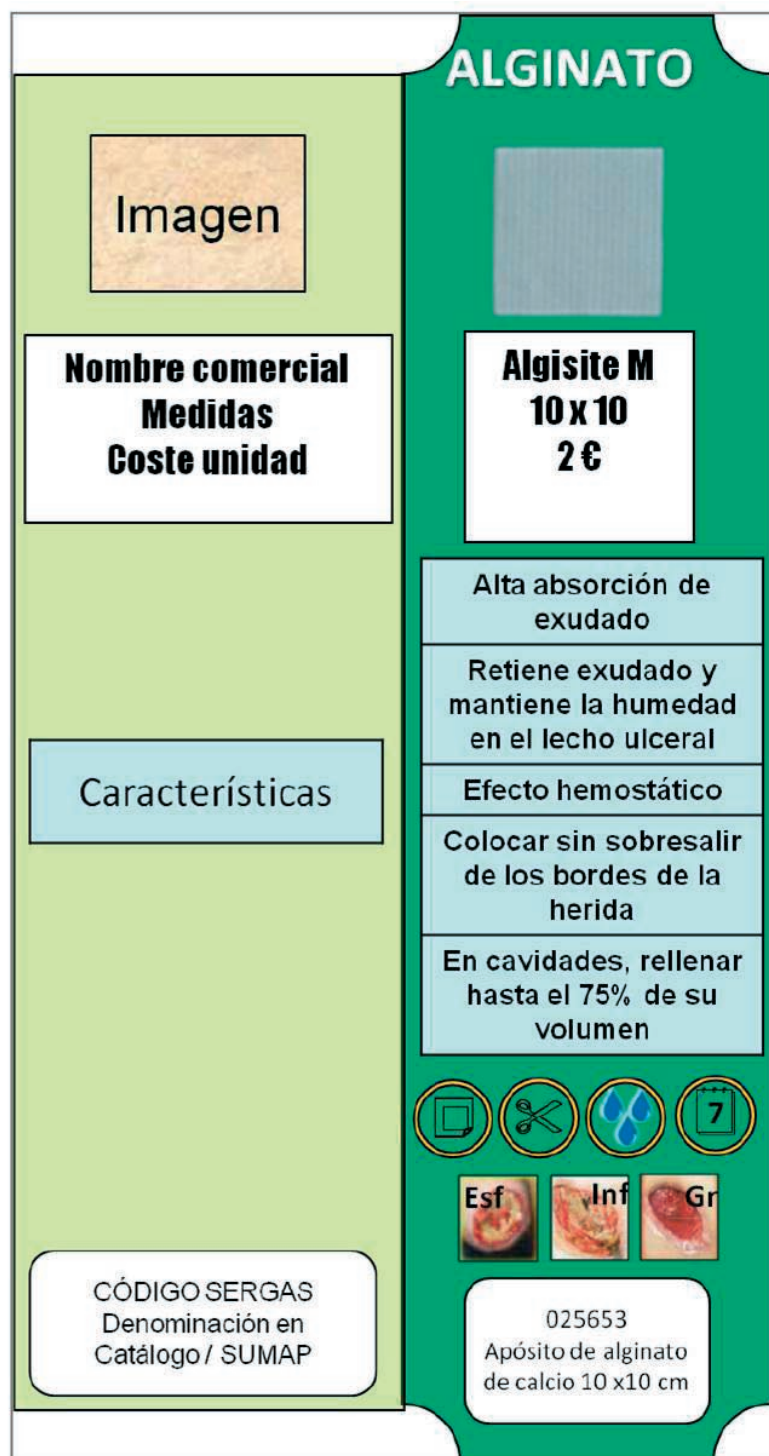


Figura 3. Ejemplo de cómo se utilizan los pictogramas en el catálogo

- Necesita apósito de sujeción.
- Puede recortarse, sin alterar sus propiedades.
- Está indicado para heridas altamente exudativas.
- Puede mantenerse en la lesión un máximo de 7 días.
- Puede utilizarse en heridas con tejido esfacelar.
- Puede utilizarse en heridas infectadas.

- Puede utilizarse en heridas con tejido de granulación .

Como puede comprobarse, en muy poco espacio, el póster aporta toda la información relevante de cada familia y tipo de apósito del catálogo.

Todas las indicaciones se establecieron en base a las características de cada producto y a la mejor evidencia científica disponible, pero además, también se sometieron a revisión del grupo de formadores expertos del SERGAS, logrando por tanto, un alto nivel de consenso.

Los catálogos se distribuyeron e instalaron en TODAS las consultas de enfermería de atención primaria (centros de salud y puntos de atención continuada) y en todas las salas de curas de las unidades de enfermería hospitalaria y consultas donde se trata a pacientes con heridas, incluyéndose además en la formación de los profesionales del SERGAS, lo que facilitó la buena aceptación por parte de los profesionales, contribuyendo a mejorar su implementación y a normalizar la utilización de los apósitos, optimizando su uso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Delgado R, Pérez A, Rodríguez FJ, Carregal L, González R, Souto E, et al. Manual de Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión. Santiago de Compostela: Servizo Galego de Saúde. Xunta de Galicia; 2005.
2. García-Fernández FP, Soldevilla-Agreda JJ, Pancorbo Hidalgo PL, Verdú-Soriano J, López-Casanova P, Rodríguez-Palma M. Prevención de las Úlceras por Presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP no I. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño: GNEAUPP; 2014.
3. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Martínez Cuervo F, Orbegoza A, Blasco García C, San Sebastian JA, et al. Epidemiología, impacto y aspectos legales relacionados con las úlceras por presión. En: Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, editores. Atención Integral de las Heridas Crónicas. Madrid: SPA; 2004. p. 161-82.
4. Arantón Areosa L, Bermejo M, Manzanero E, Salvador MJ, Segovia T. Úlceras por Presión: Prevención y Tratamiento. Barcelona: Ediciones Mayo; 2010.
5. Rumbo Prieto JM, Arantón Areosa L, Romero-Martín M, García Collado F, Ramírez Pizano A. Sucesos Adversos Relacionados con las Úlceras por Presión: ¿Un Problema Evitable? *Enferm Dermatol*. 2010;4(11):21-6.
6. Arantón Areosa L, Capillas R, Fornes-Pujalte B, Ruiz A, Palomar -Llatas F. Gestión de los Cuidados Enfermeros en Úlceras y Heridas. Palomar -Llatas F, editor. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2009.
7. Quesada Ramos C. Evaluación del Grado de Conocimiento de las Recomendaciones para la Prevención y el Cuidado de Úlceras por Presión en Unidades Críticas. *Enferm Intensiva*. 2008;19(1):23-34.
8. García Díaz J, Muñoz Conde A, Cabello Jaime R. Disminución de la Variabilidad Clínica a través de la Formación a Referentes en Úlceras por Presión. *Bibl Lascasas*. 2013;9(1):aprox. 4[pantallas].
9. Esperón Güimil JA, Vázquez Vizoso FL. Los Conocimientos de las Enfermeras sobre Úlceras por Presión y sus Determinantes. *Gerokomos*. 2004;15(2):107-16.
10. Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, Torres MCR, García MT, López-Medina IM. Conocimientos y creencias de las enfermeras sobre el cuidado de las úlceras por presión: revisión sistemática de la literatura (Nurses' knowledge and beliefs about pressure ulcers care: a systematic review of literature). *Gerokomos*. 1 de enero de 2007;18(4):30-8.
11. Esperón Güimil JA, Loureiro Rodríguez MT, Antón Fuentes VM, Rosendo Fernández JM, Pérez García JM, Soldevilla Agreda JJ. Variabilidad en el abordaje de las heridas crónicas: ¿qué opinan las enfermeras? *Gerokomos*. 2014;25(4):171-7.
12. Avilés-Martínez MJ, Sánchez-Lorente MM. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2012.

ANEXO 1: Catálogo de produtos de cura en ambiente húmedo del Sergas

XUNTA DE GALICIA CONSELLERÍA DE SANIDADE	
Imaxe Nome comercial Medidas Custe unidade	Alta absorción de exsudado Reñen exsudado e manteñen a humidade no leito ulceral Efecto hemostático Colócanse sen sobreesfrazer os bordos da ferida En cavidades, rechazar ata o 75% do seu volume Colócanse sen sobreesfrazer os bordos da ferida Favorecen o debidamento
Características Protección da pel en zonas de rozamento ou fricción Favorecen o debidamento, a cicatrización e o confort Non aplicar directamente en contacto con estruturas óseas, tendóns, ligamentos, fendas infectadas ou de tuberculose, aneis ou micose Favorecen o debidamento, a cicatrización e o confort Absorben e retención de exsudado Non aplicar directamente en contacto con estruturas óseas, tendóns, ligamentos, fendas infectadas ou de tuberculose, aneis ou micose Aplicar sobreesfrazendo dos bordos da lesión, de xeito que cubra almeno de 1 a 3 cm. de pel íntegra	Alta absorción e retención de exsudado Reñen exsudado e manteñen a humidade no leito ulceral Efecto hemostático Colócanse sen sobreesfrazer os bordos da ferida En cavidades, rechazar ata o 75% do seu volume Colócanse sen sobreesfrazer os bordos da ferida Favorecen o debidamento
HIDROCOLOIDE FINO Hidrocol Thin 10 x 10 1,10€ Varihesive 15 x 15 2,10€	HIDROCOLOIDES Varihesive Gel Control 10 x 10 1,10€ Varihesive Gel Control 15 x 15 2,70€ Varihesive Gel Control 3,24€
FIBRAS COLOIDES Aqualcel 10 x 10 2,81€ Aqualcel 24 x 45 2,26€	MALLAS OU INTERFASES Urgomul 10 x 10 0,97€ Mepitel One 9 x 10 3,97€
PRATAS Urgomul Ag 12 x 10 1,94€ Aqualcel Ag 15 x 15 5,88€ Aqualcel Ag 2 x 45 3,24€ Mepitel Border Ag 15 x 15 4,41€	BIOACTIVO Trionic 9,5 x 9,5 2,80€
INHIBIDOR MPM Promogran 0,5 x 0,5 0,43€	COMBINADOS Verisheal 14 x 14 3,78€ Tielle Xtra 13 x 13 3,61€

SERVIZO GALEGO de SAÚDE	
Imaxe Nome comercial Medidas Custe unidade	Alta absorción de exsudado Reñen exsudado e manteñen a humidade no leito ulceral Efecto hemostático Colócanse sen sobreesfrazer os bordos da ferida En cavidades, rechazar ata o 75% do seu volume Colócanse sen sobreesfrazer os bordos da ferida Favorecen o debidamento
Características Protección da pel en zonas de rozamento ou fricción Favorecen o debidamento, a cicatrización e o confort Non aplicar directamente en contacto con estruturas óseas, tendóns, ligamentos, fendas infectadas ou de tuberculose, aneis ou micose Favorecen o debidamento, a cicatrización e o confort Absorben e retención de exsudado Non aplicar directamente en contacto con estruturas óseas, tendóns, ligamentos, fendas infectadas ou de tuberculose, aneis ou micose Aplicar sobreesfrazendo dos bordos da lesión, de xeito que cubra almeno de 1 a 3 cm. de pel íntegra	Alta absorción de exsudado Reñen exsudado e manteñen a humidade no leito ulceral Efecto hemostático Colócanse sen sobreesfrazer os bordos da ferida En cavidades, rechazar ata o 75% do seu volume Colócanse sen sobreesfrazer os bordos da ferida Favorecen o debidamento
HIDROXEL Hydrosoil Gel 150g 1,60€ Hydrosoil Comfort 12,5 x 12,5 1,61€	CARBÓN Acisorb Plus 23 10,5 x 10,5 3,21€
NON ADHESIVAS Astina foam 10 x 10 1,31€ Allevyn Non Adhesive 15 x 15 4,44€ Allevyn Heel 4,94€ Tegaderm foam 9 x 9 1,30€ Tegaderm foam 14,3 x 15,6 2,14€ Tegaderm foam 22,2 x 10 5,30€ Mepilex Border Secum 4,00€ Tielle Heel Plus 4,22€ Mepilex Border 10 x 10 2,00€ Mepilex 13 x 13 4,41€	ESPUMAS DE POLIURETANO ADHESIVAS Alta absorción de exsudado Reñen exsudado e manteñen a humidade no leito ulceral Efecto hemostático Colócanse sen sobreesfrazer os bordos da ferida En cavidades, rechazar ata o 75% do seu volume Colócanse sen sobreesfrazer os bordos da ferida Favorecen o debidamento
BAIXA ADHESIÓN Verisheal 14 x 14 3,78€ Tielle Xtra 13 x 13 3,61€	COMBINADOS Verisheal 14 x 14 3,78€ Tielle Xtra 13 x 13 3,61€

HERIDAS CRÓNICAS EN UN ÁREA DE SALUD DE MURCIA

CHRONIC WOUNDS IN MURCIA AREA HEALTH

Autores: José Domingo Avilés Aranda⁽¹⁾, Patricia Moreno Pina⁽²⁾, Federico Palomar LLatas⁽³⁾, Félix Peñalver Hernández⁽⁴⁾, Virginia Vivancos Oliva⁽⁵⁾, Joaquín Pastor Macia⁽⁶⁾

(1) Enfermero. Máster oficial en Deterioro de la Integridad Cutánea, Úlceras y Heridas. Dirección de Enfermería del Área VI. Servicio Murciano de Salud

(2) Máster en Enfermería. Supervisora de Área de Continuidad de Cuidados. Dirección de Enfermería del Área VI. Servicio Murciano de Salud

(3) Doctor en Enfermería. Coordinador Unidad de Enfermería Dermatológica. Hospital General Universitario de Valencia. Director Cátedra Hartmann Integridad y Cuidado de la Piel

(4) Enfermero. Supervisor de Área de recursos materiales. Dirección de Enfermería del Área VI del Servicio Murciano de Salud

(5) Enfermera. UCI. Hospital José María Morales Meseguer. Área VI del Servicio Murciano de Salud

(6) Enfermero de hospitalización general. Hospital de Vielha.

Contacto: avilesaranda@telefonica.net

Fecha de recepción: 29/02/2016

Fecha de aprobación: 29/03/2016

RESUMEN

Objetivo: Identificar la prevalencia de heridas crónicas en el Área VI del Servicio Murciano de Salud e identificar, dentro de ellas, la proporción en base a las siguientes variables: por presión, vasculares, diabéticas, traumáticas o no conocidas/otros.

Material y Método: Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. La muestra estuvo compuesta por todas las personas mayores de 13 años de edad, que presentaron al menos una herida crónica, en base a los registros clínicos del año 2014. La fuente de datos utilizada fue la historia clínica electrónica del paciente, en el ámbito de atención primaria de un Área de Salud de Murcia. Análisis estadístico descriptivo.

Resultados: Se identificaron 639 personas con alguna herida crónica identificada en su historia clínica. La media de edad fue de 75,7 años. El género femenino fue significativamente el más frecuente ($p < 0,05$). Se obtuvo una prevalencia de 1 individuo con úlcera por cada 225 analizados. Las proporciones y distribución de úlceras encontradas fueron: úlcera por presión (44%), úlceras vasculares (29%), úlceras traumáticas (15%), diabéticas (11%) y úlceras no conocidas (1%).

Conclusiones: La prevalencia de úlceras en las zonas estudiadas asciende a un 0,45% lo que va en sintonía con otros estudios. La úlcera más frecuente es la úlcera por presión, seguidas por vasculares, traumáticas, diabéticas y otras.

Palabras clave: Úlcera, Prevalencia, Atención Primaria de Salud, Heridas crónicas.

ABSTRACT

Objective: To identify the prevalence of chronic wounds in the area VI of Murcia Health Service and identify, within them, the share on the basis of the following variables: by pressure, vascular, diabetic, traumatic or not known/other.

Material and Method: Descriptive, cross-sectional and retrospective study. The sample was composed of all persons over 13 years of age, who presented at least a chronic wound, on the basis of the clinical records of the year 2014. The data source used was the electronic clinical history of the patient, in the field of primary care in a Health Area of Murcia. Descriptive statistical analysis.

Results: We identified 639 people with some chronic wound identified in its history. The average age was 75.7 years. The female gender was significantly the most frequent ($p < 0.05$). It was obtained a prevalence of 1 individual with ulcer by each 225 analyzed. The proportions and distribution of ulcers found were: pressure ulcer (44%), vascular ulcers (29%), traumatic ulcers (15%), diabetes (11%) and ulcers do not know (1%).

Conclusions: The prevalence of ulcers in the studied areas amounts to a 0.45% which is in line with other studies. The ulcer is the most frequent

pressure ulcer, followed by vascular, traumatic, diabetic and others.

Key words: *Ulcer, Prevalence, Primary Health Care, Chronic wounds.*

INTRODUCCIÓN

Las heridas crónicas suponen un elevado consumo de recursos para cualquier servicio de salud⁽¹⁾, pues además de los costos directos derivados del uso de materiales terapéuticos para la resolución del problema, las heridas crónicas conllevan numerosas cargas sociales y psicológicas, pues se asocian en numerosas ocasiones, a un deterioro de la calidad de vida y acortamiento de la misma⁽²⁾.

Para los centros de salud pertenecientes al Área VI del servicio Murciano de Salud, sólo el gasto destinado a apósitos activos (los habitualmente utilizados en úlceras para realizar cura en ambiente húmedo), durante el año 2014, asciende a un total de 103.726,41 euros (fuente de datos internos de la gerencia del área).

Dentro de los diversos tipos de patologías relacionadas con los deterioros de la integridad cutánea, se encuentran las heridas crónicas (HC), las cuales con frecuencia son nombradas como úlceras.

Numerosos estudios han centrado recientemente, en España, el objeto de su estudio en prevalencia de úlceras por presión (UPP)⁽³⁻⁶⁾, pero estas, son solo una parte de las heridas crónicas que podemos encontrar. Entre ellas se encuentran las de origen vascular, diabético y traumático según la clasificación de registro en la Historia Clínica Electrónica (HCE) de Atención Primaria del Servicio Murciano de Salud.

Este estudio se realiza con la intención de describir la situación de partida del Área de Salud, con el fin de orientar adecuadamente posibles intervenciones formativas posteriores. El objetivo propuesto fue identificar la prevalencia de heridas crónicas en el Área VI del Servicio Murciano de Salud; así como, clasificar las heridas de difícil cicatrización en base a la siguiente organización: por presión, vasculares, diabéticas, traumáticas o no conocidas/otros.

(Nota: Este artículo es un fragmento del Trabajo de Fin de Máster de Deterioro de la Integridad Cu-

tánea, Úlceras y Heridas, impartido en la Universidad Católica San Vicente Mártir, de Valencia⁽⁷⁾).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo (estudio de prevalencia). La fuente de datos utilizada ha sido el “protocolo de registro específico de cura de úlceras” del sistema informático OMI-AP (Oficina Médica Informatizada de Atención Primaria); preservando y manteniendo la confidencialidad de los datos clínicos de los pacientes durante el periodo de investigación.

Fueron elegidas 8 Zonas Básicas de Salud (ZBS), de entre las 15 del Área, correspondiendo, la selección de estas, a criterios de posibilidad de explotación de datos, derivados del tipo de servidor de la plataforma. Todos los centros seleccionados pertenecían al Área de Salud VI, Vega Media del Segura, del Servicio Murciano de Salud; que da cobertura, junta con otras dos Áreas de Salud, a Murcia capital; además, de otros núcleos urbanos. El Área VI presta atención sanitaria a una población total de 244.622 personas.

Las herramientas utilizadas en este estudio para la extracción y tratamiento de los datos fueron el (OMI-AP), el OMI-EST (programa complementario a OMI-AP para la explotación de datos), el PIN (Portal de Inteligencia de Negocio del Servicio Murciano de Salud), Excel y SPSS v.15.

Las variables de estudio analizados fueron:

- “CENTRO h: asigna la pertenencia del caso a una de las 8 zonas básicas de salud a estudio. Se extrae de plantilla de datos demográficos del paciente, a través de OMI-EST.
- “NHC h: número de identificación del caso dentro de la base de datos y el programa de registro en la se extrae de plantilla de datos demográficos del paciente, a través de OMI-EST.
- “GÉNERO h: clasificación en relación a género o sexo, masculino o femenino (g1 = hombre h, g2 = mujer h). Se extrae de plantilla de datos demográficos del paciente, a través de OMI-EST.
- “EDAD”: edad del sujeto en el año 2015, cuando se produce la extracción de datos. Se extrae de plantilla de datos demográficos del paciente, a través de OMI-EST.

- “TIPOULCI h: agrupa la etiología o gtipo de úlcera h. Incluye las siguientes posibilidades: g1 = UPP h, g2 = Vascular h, g3 = Diabética h, g4 = Traumática h, g5 = . = Desconocida h Se extrae de plantilla de explotación de DGPs (datos generales del paciente) del paciente, a través de OMI-EST. Durante 2014.
- TIPOULCII”: variable que identifica casos en los que la anterior variable tiene dos tipos distintos de úlcera (está contabilizaría la que tiene menos frecuencia de registro), durante el año 2014. Se extrae de plantilla de explotación de DGPs del paciente, a través de OMI-EST.

Los criterios de inclusión y exclusión que se siguieron:

A) Criterios de inclusión:

- Tener al menos un registro en el ítem de “tipo de úlcera” entre 01/01/2014 y 01/01/2015 (correspondiente al periodo de estudio).
- Debe estar vivo a fecha 01/01/2015.
- Estar adscrito a cualquiera de los siguientes Centros de Salud: Archena, Antonio García, Jesús Marín, Ranero, San Juan, Santa María de Gracia, Vistalegre y Zarandona.
- Las personas a estudio deben tener ser mayores de 13 años.

B) Criterios de exclusión:

- Cualquier caso que no cumpla los criterios de inclusión.

Procedimiento: Los datos fueron extraídos el autor principal, tras acceso al programa OMI-EST, con el fin de cuantificar los pacientes a la que se le estuvo registrando, a través de un protocolo concreto, la realización de cuidados de úlceras. Las poblaciones totales de las diferentes ZBS y del área se obtuvieron a través del PIN. Se seleccionó la úlcera principal (en base a tiempo de atención), en el caso de múltiples, tras comprobar HCE del paciente, utilizando el programa OMI-AP. Con todos los datos se confeccionó una página de Excel para su posterior análisis en SPSS.

Estadísticamente se analizaron medidas de dispersión central. Se utilizó la prueba Bi-nomial para contraste de variable nominal con dos tipos de datos y Chi cuadrado para análisis de dos variables cualitativas, de dos categorías. Para el análisis no paramétrico de dos muestras independientes, se utilizaron la Prueba de Kruskal-Wallis y prueba U de Mann-Whitney. Se consideraron que las contrastes eran positivos para una $p < 0,05$.

RESULTADOS

Las zonas básicas de salud (ZBS) estudiadas, se correspondieron con el 67,20% de la población total del Área VI, Vega Media del Segura, del Servicio Murciano de Salud.

Fueron identificados un total de 639 casos con algún registro en el protocolo de cura de úlceras, en el DGP de tipo de úlcera.

La proporción de personas que han padecido de alguna lesión crónica durante 2014 asciende a 1 paciente con herida crónica por cada 225 individuos sanos mayores de 13 años, es decir una prevalencia del 0,45 % según los registros.

La edad media del total de personas identificadas con estas lesiones asciende a 75,77 años con una desviación típica de $\pm 15,51$ años. La distribución de la edad varió entre los diferentes centros de salud ($p=0.047$) (tabla1). La edad también mostró un reparto no equitativo en respecto a las categorías de tipo de úlcera ($p=0.000$), apreciable en la tabla 2, y con respecto al género ($p=0.00$), en la tabla 3.

Distribución de EDAD por Centros			
Centro de Salud	Media	N	Desviación estándar
CS Antonio García	73,51	100	15,422
CS Archena	75,99	96	16,280
CS Jesús Marín	74,97	105	15,602
CS Ranero	75,51	43	16,847
CS San Juan	78,51	90	15,483
CS Sta María	77,07	75	12,726
CS Vistalegre	76,82	103	14,984
CS Zarandona	70,22	27	18,676
Total	75,77	639	15,515

Tabla 1. Distribución de EDAD por centros.

Distribución de EDAD por tipo de heridas

Tipo de úlcera	Media	N	Desviación estándar
Desconocida	78,22	9	12,627
Diabética	67,80	71	12,627
Traumática	74,49	93	19,346
UPP	78,36	281	16,149
Vascular	75,43	185	12,132
Total	75,77	639	15,515

Tabla 2. Distribución de EDAD por tipo de heridas

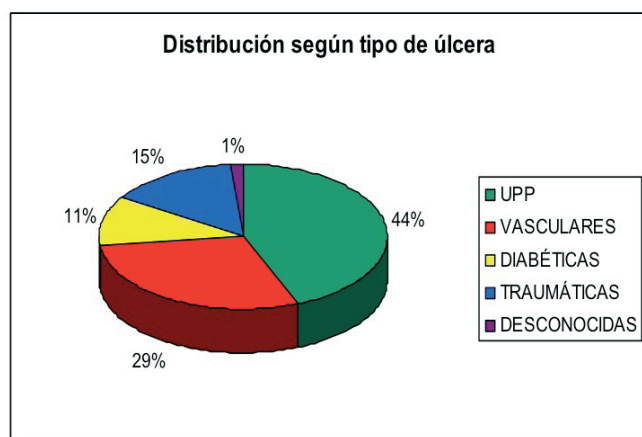
Distribución de EDAD por sexos

Género	Media	N	Desviación estándar
Masculino	71,75	276	16,321
Femenino	78,83	363	14,147
Total	75,77	639	15,515

Tabla 3. Distribución de EDAD por sexos.

La distribución por género fue de 276 hombres frente a 363 mujeres (43,2% frente a un 56,9%), siendo analizada con una prueba binomial para una muestra y dando de valor significativo menor o igual de 0,05 ($p=0.001$).

En relación al tipo de úlcera, hemos encontrado, según los registros disponibles, la siguiente distribución (gráfico 1):



En la tabla 4 se recogen las distribuciones de tipo de úlcera por centro de salud.

DISCUSIÓN

En cuanto a las características de las ZBS seleccionadas, cinco de ellas estaban situadas a menos de 5 Km del hospital de referencia, dos a unos 12 Km y la última a 27 Km, no habiéndose

se encontrado diferencias significativas para las tasas de registro en relación a la distancia del hospital de referencia. A pesar de estar situados a una distancia entre 12 y 27 Km, del casco urbano de Murcia, tienen suficiente población para no ser considerados como centros rurales.

La población de personas con registro en el protocolo de úlceras durante 2014, obtuvo una edad media de 75,77 +/- 15,51 años; estableciéndose una relación significativa ($p<0,05$), entre el género y la posibilidad de padecer una herida crónica, siendo el género femenino el más susceptible de padecer estas patologías. Siendo éste resultado similar a otros estudios⁽⁸⁾.

La población de estos centros presentaba una prevalencia de úlceras, durante el año 2014, de un caso cada 225 individuos, es decir, un 0,45% aproximadamente, teniendo en cuenta que en este estudio se excluye la población que está siendo atendida a través de seguros o de manera privada. Esta prevalencia es superior a otro estudio similar realizado en una comarca de Barcelona⁽⁸⁾. A pesar de ello, se sitúa por debajo de un estudio realizado en Canadá⁽⁹⁾, en el que se describe una prevalencia de heridas crónicas en torno al 1,4% de la población.

Según la prevalencia por patología de base, encontramos que los resultados referentes a la prevalencia de UPP no van en consonancia al último estudio publicado a nivel nacional, que las sitúa, en atención primaria, en torno a un 0,11%⁽³⁾, mientras que nuestro estudio se obtiene un resultado de un 0,20%. La diferencia puede estar justificada, parcialmente, por el hecho de que en nuestro estudio se han excluido de la población de análisis todos los pacientes menores de 14 años, los cuales suelen presentar una tasa considerablemente menor de UPP. Una revisión bibliográfica sitúa la prevalencia más baja de UPP, encontrada en estudios hasta 2012, entre 0,31% y 0,70%⁽¹⁰⁾, lo que implica resultados elevados con respecto a nuestro estudio, aunque en estos se hace referencia a población de edad avanzada.

Con respecto a la patología vascular, en estudios previos a nivel nacional, encontramos una prevalencia del 0,16%⁽¹¹⁾, en mayores de 14 años atendidos en atención primaria, mientras en nuestro estudio encontramos una tasa ligeramente inferior (0,13%), aunque sigue la tendencia de los primeros.

			Tipo de úlcera					Total
			No conocida	Diabética	Traumática	UPP	Vascular	
Centro de Salud	CS Antonio García	Recuento	0	14	14	41	31	100
		% dentro de C.S	0,0%	14,0%	14,0%	41,0%	31,0%	100,0%
		% dentro de Tipo de úlcera	0,0%	19,7%	15,1%	14,6%	16,8%	15,6%
	CS Archena	Recuento	3	11	8	47	27	96
		% dentro de C.S.	3,1%	11,5%	8,3%	49,0%	28,1%	100,0%
		% dentro de Tipo de úlcera	33,3%	15,5%	8,6%	16,7%	14,6%	15,0%
	CS Jesús Marín	Recuento	2	14	22	36	31	105
		% dentro de C.S.	1,9%	13,3%	21,0%	34,3%	29,5%	100,0%
		% dentro de Tipo de úlcera	22,2%	19,7%	23,7%	12,8%	16,8%	16,4%
	CS Ranero	Recuento	0	6	6	17	14	43
		% dentro de C.S.	0,0%	14,0%	14,0%	39,5%	32,6%	100,0%
		% dentro de Tipo de úlcera	0,0%	8,5%	6,5%	6,0%	7,6%	6,7%
	CS San Juan	Recuento	0	9	12	45	24	90
		% dentro de C.S.	0,0%	10,0%	13,3%	50,0%	26,7%	100,0%
		% dentro de Tipo de úlcera	0,0%	12,7%	12,9%	16,0%	13,0%	14,1%
	CS Sta María	Recuento	1	9	3	36	26	75
		% dentro de C.S.	1,3%	12,0%	4,0%	48,0%	34,7%	100,0%
		% dentro de Tipo de úlcera	11,1%	12,7%	3,2%	12,8%	14,1%	11,7%
	CS Vistalegre	Recuento	3	4	22	51	23	103
		% dentro de C.S.	2,9%	3,9%	21,4%	49,5%	22,3%	100,0%
		% dentro de Tipo de úlcera	33,3%	5,6%	23,7%	18,1%	12,4%	16,1%
	CS Zarandona	Recuento	0	4	6	8	9	27
		% dentro de C.S.	0,0%	14,8%	22,2%	29,6%	33,3%	100,0%
		% dentro de Tipo de úlcera	0,0%	5,6%	6,5%	2,8%	4,9%	4,2%
Total		Recuento	9	71	93	281	185	639
		% dentro de C.S.	1,4%	11,1%	14,6%	44,0%	29,0%	100,0%
		% dentro de Tipo de úlcera	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 4 - Distribución de tipo de úlcera por centro de salud.

Las úlceras en pie diabético presentan una prevalencia de 0,049%, según los registros disponibles, en el total de individuos sanos. Si este resultado se utiliza sobre el supuesto total de pacientes diabéticos, los cuales se estiman en torno al 10% de la población total⁽¹²⁾, obtenemos resultados de (0,49%) similares a los de otros estudios, los cuales los cuantifican la prevalencia

de úlceras en pacientes diabéticos en torno al 0,53%⁽¹¹⁾.

También, hemos encontrado numerosas úlceras clasificadas como “traumáticas” y algunas como “no conocidas”. Sería recomendable realizar un estudio pormenorizado de estos casos para co-tejar que no se corresponden con UPP, vasculares o diabéticas, lo cual sería factible y podría

aportar a nuestro resultado datos muy similares a los de estudios a nivel nacional^(3, 6,11).

Al igual que en otros estudios similares, *“entre las limitaciones de nuestro estudio, merece la pena destacar, que se realiza según datos registrados en el programa informático OMI-AP, por lo que la calidad de los datos depende de cómo registre cada profesional las patologías que presenten sus pacientes”*⁽¹³⁾, pero a diferencia de estos uno de los objetivos de este trabajo consiste en la descripción de las deficiencias de registro encontradas.

A modo de conclusión, y a tenor de los resultados que hemos observado en nuestro estudio:

- La prevalencia de úlceras en las 8 zonas básicas estudiadas, asciende a un caso de heri-

da crónica cada 225 personas de entre 14 y 100 años, es decir, de un 0,45%.

- La úlcera más frecuente es la UPP, seguida de la de origen vascular, traumático y diabética. Las proporciones de úlceras identificadas según etiología siguen la tendencia de otros estudios previos.
- Sería recomendable un estudio prospectivo, en un futuro, para adentrarse más en profundidad, en los posibles problemas de registro, los cuales pueden influir en las cifras aportadas en este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Beaskoetxea Gómez P, Bermejo Martínez M, Capillas Pérez R, Cerame Pérez S, García Collado F, Gómez Coiduras JM, et al. Situación actual sobre el manejo de heridas agudas y crónicas en España: estudio ATENEA. Gerokomos. 2013; 24(1):27-31.
2. González-Consuegra RV, Verdú J. Calidad de vida relacionada con heridas crónicas. Gerokomos. 2010; 21(3):131-9.
3. Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, Torra i Bou JE, Verdú Soriano J, Soldevilla-Agreda JJ. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4º Estudio Nacional de Prevalencia. Gerokomos. 2014; 25(4):162-70.
4. Labiano-Turrillas J, Larrea-Leoz B, Vázquez-Calatayud M, Juandeaburre-Pedroarena B, Irruizaga-Sagredo A, Morillo-Cabezas E. Estudio de prevalencia de úlceras por presión en la Clínica Universidad de Navarra. Gerokomos. 2013; 24(4):184-8.
5. Ramos A, Ribeiro ASF, Martín A, Vázquez M, Blanco B, Fernández N, Dones M. Prevalencia de úlceras por presión en un centro sociosanitario de media-larga estancia. Gerokomos. 2013; 24(1): 36-40.
6. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Verdú Soriano J, López Casanova P. 3er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009: Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos. 2011; 22(2):77-90.
7. Avilés Aranda JD. Análisis del registro de úlceras en atención primaria del área VI. [Tesis Máster]. Valencia: Universidad Católica de Valencia; 2015.
8. Ferrer-Solà M, Chirveches-Pérez E, Molist-Señé G, Molas-Puigvila M, Besolí-Codina A, Jaumira-Areñas E, Piella-Pons S, Casas-Tió S, y Dot-Padrós R. Prevalencia de las heridas crónicas en una comarca de la provincia de Barcelona. Enfermería Clínica. 2009; 19(1):4-10.
9. Rodrigues I, Mégie MF. Prevalence of chronic wounds in Quebec home care: an exploratory study. Ostomy wound Management. 2006, 52(5):46-8, 50, 52-7.
10. Graves N, Zheng H. The prevalence and incidence of chronic wounds: a literature review. Wound Practice and Research. 2014; 22(1): 1-19.
11. Rueda López J, Torra i Bou JE, Martínez Cuervo F, Verdú Soriano J, Soldevilla Agreda JJ, Roche Rebollo E, Arboix i Perejamo M. Primer Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras de Pierna en España: Estudio GNEAUPP-UIFC-Smith & Nephew 2002-2003. Epidemiología de las úlceras venosas, arteriales, mixtas y de pie diabético. Gerokomos. 2004; 15(4): 230-47.
12. Ruiz-Ramos M, Escolar-Pujolar A, Mayoral-Sánchez E, et al. Diabetes Mellitus in Spain: death rates, prevalence, impact, costs and inequalities. Gac. Sanit. 2006;20 (Suppl1):15-24.
13. Rubio Gil RE, Martínez Pastor A, López-Picazo Ferrer J, Leal Hernández M, Morales Ortiz A, Martínez Navarro A, Alemán Abellán J. Calidad del registro en OMI-AP de los pacientes con ictus seguidos en atención primaria. Rev Calid Asist. 2010; 25(06): 341-7.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA LEPROA EN RESIDENTES DEL SANATORIO DE FONTILLES

DESCRIPTIVE STUDY OF LEPROSY IN RESIDENTS OF THE SANATORIO OF FONTILLES

Autores: Gema Guillén Rodríguez⁽¹⁾, María Jesús Samaniego Ruiz⁽²⁾, Carlos Alberto Fuster Diana⁽³⁾

Cátedra Hartmann de Integridad y Cuidado de la piel.

(1) Departamento Salud Denia. Conselleria de Sanitat de Valencia

(2) Área de Gestión Sanitaria Granada Nordeste, Servicio Andaluz de Salud

(3) Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital General Universitari

Contacto: pgagui_es@yahoo.es

Fecha de recepción: 25/01/2016
Fecha de aprobación: 21/03/2016

RESUMEN

Introducción: La lepra es una enfermedad infecciosa crónica causada por *Mycobacterium leprae*, que afecta fundamentalmente a la piel y sistema nervioso periférico.

Objetivo: Conocer y describir el patrón de presentación de la enfermedad de Hansen en los pacientes ingresados en el Sanatorio de Fontilles así como su evolución y secuelas generadas por la enfermedad.

Metodología: Se trata de un estudio descriptivo transversal y retrospectivo, de corte cuantitativo, realizado mediante la revisión de una muestra representativa del total de historias clínicas archivadas en el Sanatorio de Fontilles.

Resultados: Se revisaron 38 historias clínicas de residentes, con una media de edad 76 años, procedentes en su mayoría de Andalucía. El comienzo de la enfermedad era cutáneo, predominando la forma lepromatosa de Ridley y Jopling o la multibacilar según la clasificación de la OMS. Fueron tratados en su mayoría con monoterapia, presentando manos en garra, úlceras en pie, hiperqueratosis, mutilación o reabsorción ósea y en todos los casos algún grado de discapacidad.

Conclusión: En los residentes de Fontilles predomina la lepra en forma lepromatosa y multibacilar, afectando más frecuentemente al sexo masculino y presentando todos los pacientes algún grado de discapacidad por alteración neurotrófica. Todavía existe desconocimiento de la enfermedad y un gran estigma cuando se oye la palabra "lepra".

Palabras clave: *Mycobacterium leprae*, Fontilles, Lepra.

ABSTRACT

Introduction: Leprosy is a chronic infectious disease caused by *ycobacterium leprae*, which primarily affects the skin and peripheral nervous system.

Objective: describe the pattern of presentation of Hansen's disease in patients admitted to the Sanatorium of Fontilles well as its development and after-effects of the disease.

Methodology: This is a descriptive cross-sectional study and retrospective, cutting quantitative, made through the review of a representative sample of the total medical histories archived in the Sanatorium of Fontilles.

Results: We reviewed 38 clinical histories of residents, with an average age 76 years, mostly from Andalusia. The beginning of the disease was skin, predominating the lepromatous form of Ridley and Jopling or multibacillary according to the WHO classification. Were treated in its majority with monotherapy, introducing claw hand, foot ulcers, hyperkeratosis, mutilation or bone resorption and in all cases some degree of disability.

Conclusion: In the residents of Fontilles predominates the leprosy in lepromatous form and multibacillary, affecting more frequently when sex masculine and presenting all patients some degree of disability by neurotrophic alteration. There is still lack of knowledge about the disease and a great stigma when you hear the word "leprosy".

Keywords: *Mycobacterium leprae*, Fontilles, Leprosy.

INTRODUCCIÓN

La lepra es una enfermedad infecciosa crónica causada por *Mycobacterium leprae* (M. leprae) o bacilo de Hansen, que afecta fundamentalmente a la piel y sistema nervioso periférico⁽¹⁾. El tiempo de multiplicación del bacilo es cada 12-14 días, por fisión binaria que, si lo comparamos con el de *Mycobacterium tuberculosis* de 20 horas, explica el porqué de la cronicidad de la enfermedad, así como su largo período de incubación, pudiendo permanecer hasta 45 días en medio ambiente, en condiciones óptimas de temperatura y humedad. Se considera como fuente fundamental de contagio la convivencia con pacientes multibacilares sin tratamiento, cuya transmisión se produce a través de las mucosas de las vías respiratorias superiores, así como a través de piel o mucosas en las que hay solución de continuidad, nódulos o lepromas ulcerados, leche materna, orina y heces⁽²⁾.

En la actualidad, se utiliza la clasificación de Ridley y Jopling (1962), y la clasificación operacional de la OMS⁽³⁾. Según Ridley y Jopling hay dos grupos polares de la enfermedad: tuberculoide-tuberculoide (TT) y lepromatoso-lepromatoso (LL) y entre ellos se encuentra un grupo intermedio: dimorfo-tuberculoide (BT), dimorfo-dimorfo (BB) y dimorfo-lepromatoso (BL)⁽⁴⁾. Posteriormente, se añadieron los casos subpolares (spBT y spBL). Por otra parte, la clasificación operacional de la OMS (1981) clasifica a los enfermos en Paucibacilares (PB), que incluye las formas Lepra indeterminada, TT y BT o Multibacilares (MB), con las formas clínicas LL, BL y BB⁽²⁾.

Atendiendo a estas clasificaciones, en su inicio, la lepra suele aparecer como una forma indeterminada. Y después suele derivar a otra forma, presentando unas manifestaciones u otras dependiendo principalmente de la respuesta inmunitaria que presenta la persona junto a unas condiciones añadidas de malnutrición, higiene, hacinamiento...⁽⁵⁻⁶⁾. En general, se encuentran como manifestaciones clínicas: las cutáneas, neurológicas, otorrinolaringológicas, oftálmicas y viscerales. Entre las cutáneas encontramos desde manchas hipocrómicas o eritematosas, asimétricas o simétricas, bien delimitadas o mal definidas; hasta nódulos o lepromas, máculas, infiltraciones y úlceras.

En referencia a las manifestaciones neurológicas aparecen⁽⁷⁻⁸⁾:

- Engrosamiento de nervios periféricos (característica patognomónica de la lepra). Palpándose troncos nerviosos engrosados, duros y dolorosos. Los nervios más afectados se encuentran, en miembros superiores (cubital, mediano y menos frecuentemente radial) y en miembros inferiores (ciático poplíteo externo y tibial posterior). Con menos frecuencia, en la cara, se pueden ver afectados el nervio facial y el trigémino.
- Alteraciones sensitivas, motoras y tróficas, siguiendo este orden en el curso evolutivo.

En cuanto a las alteraciones sensitivas, en primer lugar, se afecta la sensibilidad superficial, siguiendo el orden de térmica, dolorosa y táctil, y después, la sensibilidad profunda⁽¹⁾. Siguiendo una evolución acrotérica, tanto en miembros superiores como en los inferiores, avanzando desde las zonas distales a las proximales^(9,10). A continuación, las alteraciones motoras van a ser siempre posteriores a las alteraciones de la sensibilidad superficial y, por lo tanto, menos frecuentes. Se darán en partes distales, sobre todo manos, pies y cara. Posteriormente, las alteraciones tróficas van a ser la consecuencia directa de las alteraciones sensitivas y motoras, acompañadas de alteraciones circulatorias y del sistema nervioso simpático. Siguiendo el comportamiento habitual de la lepra y puesto que las alteraciones sensitivas y motoras aparecen sobre todo en las extremidades, las alteraciones tróficas también van a aparecer en la misma localización⁽⁷⁾.

Por otra parte, las leproreacciones van a ser cuadros agudos que interrumpen la evolución crónica de la lepra, siendo la principal causa de lesión nerviosa y discapacidad (debida en la mayoría de los casos a la afectación de los troncos nerviosos)⁽¹¹⁻¹²⁾. Por último, las manifestaciones psiquiátricas van a estar influenciadas por el estigma de la enfermedad encontrándose distintas tipologías de la depresión, desde depresiones subclínicas o depresiones reactivas hasta llegar a casos de depresión mayor.

Ante la sospecha de la enfermedad, por medio de un diagnóstico clínico (anamnesis, examen dermatoneurológico, evaluación función del nervio en manos, pies, ojos), se confirmará dicho diagnóstico con la realización de técnicas de laboratorio: baciloscopia, biopsia, inmunológico y moleculares.

La historia de la terapéutica de la lepra se ha dividido en tres períodos. Un primer período que abarca desde los primeros casos de lepra hasta que aparecieron las primeras sulfonas, en el año 1941, o etapa de incurabilidad. Un segundo período con la utilización de la monoterapia, que supone el uso de medicamentos que son eficaces, pero aisladamente y también se experimenta con otros. El último, que aparece en 1982 con la multiterapia o poliquimioterapia, en donde la OMS recomienda oficialmente el empleo de Dapsone, Clofazimina y Rifampicina combinadas, a lo que se añade el tratamiento de las leproreacciones⁽¹³⁾. Es en 1987, cuando se habla de fármacos de segunda elección como quinolonas, minociclina y claritromicina; que se emplean en caso de intolerancia, contraindicaciones o resistencias a los fármacos anteriores.

La lepra, según la OMS, pasa a ser considerada una de las denominadas enfermedades tropicales desatendidas, cuya característica común es que afecta mayoritariamente a aquellos países más desfavorecidos y que provocan una discriminación social. Si bien se considera una enfermedad de baja prevalencia en los países desarrollados, hay que tener en cuenta la morbilidad generada secundaria a las discapacidades que desencadenan⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Según la OMS y siguiendo su Estrategia Global para reducir la carga de morbilidad debido a la lepra, basada fundamentalmente en la detección precoz y el tratamiento con poliquimioterapia, se trataba de lograr la reducción de la discapacidad generada por dicha enfermedad, en un 35% desde el año 2010 hasta el actual (2011-2015), comprobándose que dichos niveles se mantenían similares⁽¹⁶⁻¹⁸⁾. Los parámetros que se utilizan actualmente para medir la morbilidad de la lepra tanto a nivel global como nacional son por una parte la detección de nuevos casos, y por otra parte el número de multibacilares que han completado el tratamiento⁽¹⁹⁾.

Se ha demostrado que tras la implementación de la multiterapia en países endémicos de lepra el número de casos ha descendido, pero aun así, la existencia de casos nuevos es un indicativo de que todavía existe la transmisión de la enfermedad, lo que hace pensar en un tratamiento inadecuado en cuanto a la adherencia al mismo y/o dosis, así como una resistencia al fármaco⁽¹⁶⁾.

Según estadísticas disponibles de 102 países o territorios pertenecientes a la OMS en cuanto

a la prevalencia e incidencia, la mayoría de los nuevos casos tienen lugar, fundamentalmente, en tres países, que son los más endémicos, y según orden de afectación son, India, Brasil e Indonesia^(16,20). Y según los informes recogidos en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, en España en el año 2013, el número de casos incidentes fue de 11 de los cuales 8 procedían de otros países (inmigrantes con residencia actual en España), y el número de casos prevalentes fue de 48.

En la actualidad, España es uno de los países en los que se considera que la lepra está eliminada, puesto que la tasa de prevalencia es < 1 caso por 10.000 habitantes. Fue en el año 2000 cuando se consiguió el objetivo de eliminación de la lepra a nivel mundial, aunque continúa siendo un problema de salud pública por la carga de morbilidad que genera esta enfermedad^(16,18). Debido a esa baja prevalencia, en este estudio nos planteábamos saber cuáles eran las características de los pacientes con Lepra ingresados en el Sanatorio de Fontilles, para conocer mejor el patrón de esta enfermedad en la actualidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal y retrospectivo, de corte cuantitativo, mediante revisión de una muestra representativa del total de las historias clínicas archivadas en el Sanatorio de Fontilles de Valencia (España), la única leprosería, referente mundial, que queda en Europa.

La población de estudio abarcó los pacientes con la enfermedad de Hansen atendidos en el Sanatorio de Fontilles. Los criterios de inclusión y exclusión de los participantes fueron:

- Criterios de inclusión:
 - Haber padecido o padecer la enfermedad de Hansen (diagnosticados mediante clínica, baciloscopia e histopatología).
 - Estar ingresado o ser residente en el Sanatorio de Fontilles durante el periodo 01/10/2014 a 30/05/2015.
- Criterios de exclusión:
 - No recibir el consentimiento verbal.
 - No disponer de historia clínica.

Se realizó un muestreo no probabilístico consecutivo de la plantilla de enfermos con lepra ingresados en el Sanatorio de Fontilles en el período de tiempo referido anteriormente en los criterios de inclusión.

Las variables de estudio fueron:

- Variables cuantitativas: Edad, edad al diagnóstico.
- Variables cualitativas: Sexo, procedencia, profesión, contactos, comienzo de la enfermedad, forma clínica, tratamiento recibido, recidiva, grados de discapacidad (17-18), pie equinovaro, de Charcot, garra cubital, garra cubito-mediana, úlceras, anestesia, alopecia, hipertrofia de nervios, hiperqueratosis, reabsorciones óseas o mutilaciones, parálisis facial, pérdida visual, síntomas psiquiátricos.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables. Las variables cualitativas se fueron descritas mediante la distribución de frecuencias y las variables cuantitativas mediante su media y desviación estándar. El intervalo de confianza utilizado fue del 95%.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses. Este trabajo fue presentado ante el Comité de Continuidad Asistencial, Investigación y Docencia del Sanatorio Fontilles, obteniendo su aprobación el 1 de octubre del 2014 para su desarrollo. Además, fueron pedidos los permisos de consentimiento y autorización oportunos, tanto a los pacientes, como a la dirección del Sanatorio para manejar las historias clínicas y para obtener imágenes de las lesiones; cumpliendo con la normativa ético-legal vigente.

RESULTADOS

El número de pacientes ingresados durante el estudio que cumplían los criterios de inclusión fue de 38; de ellos, 30 permanecieron en el centro, 5 fallecieron durante el estudio y 3 eran ambulatorios (cuando lo requerían permanecían cierto tiempo en el centro).

La población estudiada presentaba una media de edad de 76 años (con una desviación estándar de 9). El paciente de mayor edad tenía 93 años y el más joven 45, encontrándose una moda de 82 años. 21 eran hombres (55,30%) y 17 mujeres (44,70%).

La media de edad para el diagnóstico se situó en torno a los 24 años (desviación de 12,8). El diagnóstico más temprano se registró con 7 años, mientras que el más tardío fue a los 73 años.

El lugar de procedencia, de mayor a menor frecuencia, fue: Granada (8/38), Jaén (7/38), Almería y Málaga (5/38 cada una), Badajoz, Córdoba y Huelva (2/38 cada una) y Albacete, Alicante, Castellón, Murcia, Teruel, Valencia y Guemou (1 caso de cada). Si los englobamos en cuanto a comunidades autónomas, había un aumento considerable de pacientes procedentes de la comunidad de Andalucía, seguido de Extremadura y la Comunidad Valenciana, y Región de Murcia, Castilla la Mancha, Aragón. Se dio un caso cuya procedencia era de fuera de España (Guemou, Mauritania)^(Figura 1).

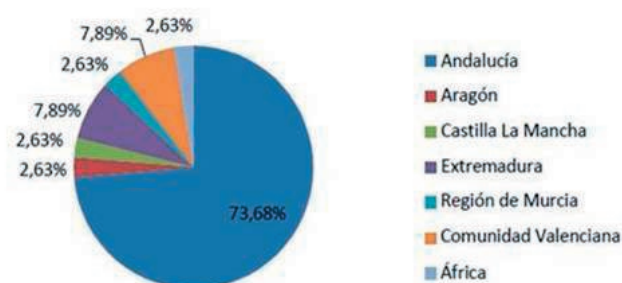


Figura 1. Procedencia de la muestra.

La profesión laboral de los pacientes era en mayor proporción agricultor (34,2%), ama/o de casa (23,7) y albañil (10,5%); también se encontraron: administrativa, cantero, carnicero, marinero, mecánico, pescadero, pintor, treflero y venta ambulante. Atendiendo a los contactos con la lepra, 24 afectados tuvieron contactos familiares, y 12 no tuvieron contactos familiares^(Figura 2). En cuanto al comienzo de la enfermedad fue principalmente cutánea en el 71,1% de los casos (27/38), seguida de neurológica en el 23,7% (9/38), y un 2,6% (1/38) leprorreacción.

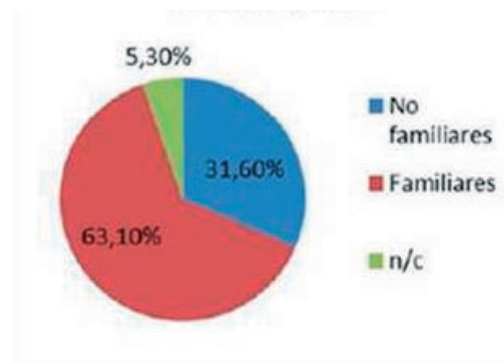


Figura 2. Contactos.

Las formas clínicas según la clasificación de Ridley y Jopling, fueron en su mayoría Lepra lepromatosa (81,58%; 31/38), también se encontró Borderline lepromatosa, Lepra tuberculoide y Lepra indeterminada en dos casos cada una; mientras que Borderline-Borderline sólo en un caso, y la forma Borderline tuberculoide no fue diagnosticada en ninguno de los pacientes. Según la clasificación operacional de la OMS, predominó la forma multibacilar (89,47%, 34/38) con respecto a la forma paucibacilar (10,53%, 4/38).

En el momento del diagnóstico, el tratamiento farmacológico prescrito principalmente fue la monoterapia con un 73,68% (28/38), mixto un 18,42% (7/38) y en un 7,89% (3/38) se utilizó la poliquimioterapia o multiterapia implantada por la OMS.

La proporción de recidivas en la muestra fue positiva en el 47,4% y negativa en el 52,6%.

Los grados de discapacidad según la Clasificación de la OMS (0,1,2) encontrados fueron de grado 1 (puede haber problemas oculares y/o anestesia) en el 52,6% y de grado 2 (puede haber pérdida visual importante y/o deformidad o lesión visible de manos y pies) en el 47,4%.

Las manifestaciones neurotróficas encontradas fueron: pie equinvaro en 5 pacientes (13,2%), de Charcot en 1, garra cubital en 7 pacientes, garra cubito-mediana en 16, úlceras en 14 casos, hiperqueratosis en 16 pacientes, mutilaciones o reabsorciones óseas desde 3 a 13 casos dependiendo del lugar, parálisis facial en 4 y pérdida visual en 10.

Atendiendo al lugar, el pie equinvaro fue encontrado en un paciente en el pie derecho, en dos en el izquierdo y en dos en ambos (Figura 3). En cuanto a la garra cubital, cuatro en derecho, dos en izquierdo y uno en ambos. Y la cubito-mediana, dos en derecho, cuatro en izquierdo y diez pacientes en ambos. Por tanto, nos encontramos que había un predominio de la garra cubito-mediana (42,1%), siendo en un 26,3% bilateral (Figuras 4 y 5).

Las úlceras se presentaron en siete casos como perforante plantar izquierdo, derecho o ambos; en siete casos en maléolo externo izquierdo, derecho o ambos. Presentándose en ambos casos un porcentaje del 18,5% (Figuras 6 y 7).



Figura 3. Pie equinvaro.



Figura 4. Garra cubital.



Figura 5. Garra cubito-mediana.



Figura 6. Úlceras.



Figura 7. Úlceras.



Figura 8. Hiperqueratosis.

La hiperqueratosis se presentó en un 42% de los residentes dándose en al menos uno de sus pies^(Figura 8).

La mutilación o reabsorción ósea se encontró en 8 casos en el pie izquierdo (7 en falanges, 1 en metatarso y 1 amputación total quirúrgica), en 13 pacientes en el pie derecho (9 en falanges y 4 en metatarso), en 7 en las falanges de la mano izquierda mientras que tres en las falanges de la mano derecha^(Figura 9 y 10). Sólo existe una mutilación total en el pie izquierdo, se realizó de manera quirúrgica y no por causa de la osteolisis, siendo la causa última la lepra; ya que, el paciente presentaba úlceras plantares con reabsorción de los metatarsos que le producían intensos dolores y se optó por amputar y preparar el miembro para una prótesis ortopédica. Las mutilaciones



Figura 9. Reabsorción en manos.



Figura 10. Reabsorción en pies.

en las manos eran mucho menores que en los pies y no iba más allá de las falanges^(Figura 11).

Otro aspecto fue la alopecia en 63,1% de los casos, encontrándose en cejas, pestañas y miembros en el 44,7%; en cejas y miembros en el 2,6% y solamente en cejas en 15,8%.

Se encontró que el 100% de los individuos presentaba algún tipo de anestesia, siendo más frecuente que se distribuya en todos los miembros (superiores e inferiores) en una proporción de 89,5%, siendo en miembros superiores del 2,6% y en inferiores del 7,9%. La hipertrofia o engrosamiento de los nervios fue principalmente cubital en 23 casos, de nervio mediano en 7 casos, tibial posterior y auricular en 2 casos, ciático-poplíteo-externo y radial en 1 caso. También se encontró parálisis facial en 4 de los pacientes, y la pérdida de visión (26,3%), por falta de diagnóstico aclaratorio en las historias clínicas no se puede afirmar que sea secundaria a la lepra^(Figura 12).

Referente al estado psicológico, encontramos en el 10,5% de los casos, una conducta adictiva y en el 15,9 % depresión.

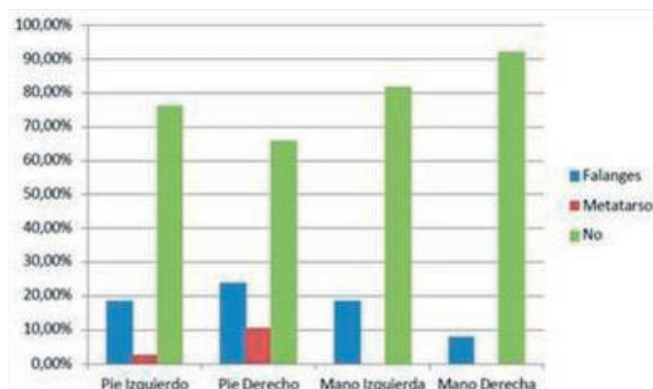


Figura 11. Reabsorciones óseas o mutilaciones.

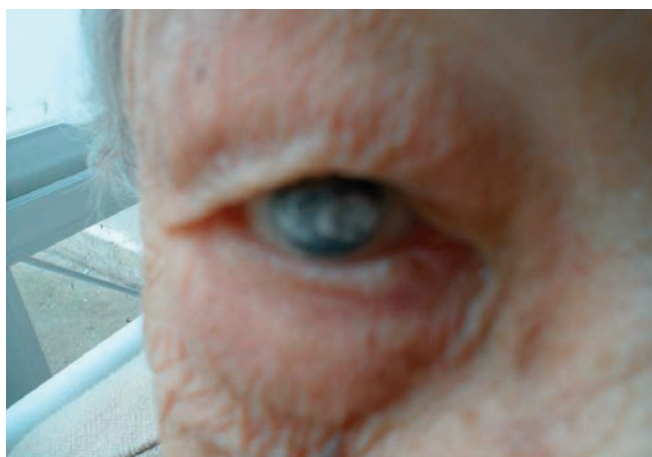


Figura 1. Pérdida de visión.

DISCUSIÓN

Casi 2.000 pacientes con lepra han ingresado en Fontilles desde su origen⁽⁶⁾, pero esto ha ido cambiando radicalmente con las mejoras higiénico-sanitarias y socio-económicas del país y con la introducción de los fármacos capaces de curar la enfermedad. De este modo, la hospitalización permanente que, era de unos 300 enfermos en los años 60-70, hoy queda reducida a 38 al inicio del estudio, lo que concuerda con la baja prevalencia de la enfermedad según los informes recogidos en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica^(20, 23). Siendo las secuelas, las complicaciones, la edad avanzada o la desconexión social, las causas de esta estancia continuada.

Referente a las características sociodemográficas y epidemiológicas en pacientes ingresados; en nuestra muestra. en lo que respecta a las diferencias entre sexos, existe un predominio de varones del 55,3% frente a un 44,7% de mujeres. Si lo comparamos con otros estudios^(6,24-26) se corresponde con la tendencia seguida en el Sanatorio de Fontilles en cuanto a las características epidemiológicas de la lepra en España a lo largo de la historia y en donde la mayor afectación se da en la población masculina⁽²⁷⁾; sin embargo, en otro estudio, se observó un mayor predominio de mujeres, 55,5% frente a hombres, con un 44,5%⁽²⁸⁾.

Según la OMS la enfermedad es más frecuente en hombres que en mujeres, en la mayoría de los países. Sin embargo, en algunas zonas de África y Asia la prevalencia en ambos sexos es igual, e incluso mayor en mujeres (Uganda, Nigeria, Tailandia, Japón,...)⁽¹⁶⁾; y según el Boletín Epidemiológico de Lepra⁽²⁰⁾, de los casos incidentes registrados en 2013 en cuanto a la distribución por sexos, 5 eran hombres y 6 mujeres. De aquí se puede interpretar que hay una mayor predisposición por parte de los varones a padecer la enfermedad, aunque también se debería considerar el patrón sociológico presente en determinados países en cuanto a la incidencia de casos con respecto al sexo femenino, pues en algunos lugares se da el confinamiento de la mujer al hogar o incluso el no poder realizarse un examen adecuado, lo que hace que exista un menor riesgo de exposición y sean los varones los que tengan una mayor probabilidad de contagio.

La población estudiada presentaba una edad avanzada con una media de 76 años. Se trata

de una población envejecida por el hecho que, en la actualidad, los pacientes diagnosticados no ingresan sino que son tratados y controlados de manera ambulatoria y sólo ingresan aquellos con importantes lesiones residuales de la lepra o por razones sociales. En un estudio realizado en Brasil⁽²⁸⁾ se observó una mayor proporción entre los 16-30 años; sin embargo, en otro estudio se dio un mayor número de casos entre 60-79 años⁽²⁵⁾ que se relaciona con países con una baja incidencia de casos.

Hay que señalar que la edad de diagnóstico casi nunca coincide con la edad en que el paciente tiene consciencia de que padece la enfermedad de Hansen, en nuestro estudio, se hace referencia a la edad en que un facultativo, dermatólogo o no, hace un diagnóstico médico de la enfermedad y a partir de éste se inicia el tratamiento. En las historias clínicas aparecía como los pacientes describían episodios anteriores a este diagnóstico que se correspondían con el inicio de la enfermedad pero que no le habían dado importancia ni habían recurrido a una atención médica pues la sintomatología pasaba desapercibida. Se dio el caso de un paciente que describía haber sufrido un episodio con anterioridad al diagnóstico en el que sufría quemaduras en miembros superiores sin padecer dolor en ningún momento; al igual que se habían diagnosticado dos casos de manera precoz gracias a presentar familiares con dicha enfermedad y haber acudido tempranamente para recibir asistencia médica.

Referente a la procedencia, principalmente de la comunidad autónoma de Andalucía, este dato podemos correlacionarlo con el origen de la lepra en España en cuanto a los focos endémicos que existían, que eran cuatro: Andalucía, Levante, Galicia y Canarias⁽²⁷⁾. Lo que va en contraste, en la actualidad, con la función de vigilancia de países endémicos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, que hace referencia principalmente a la vigilancia de inmigrantes procedentes de países con elevada endemia por un mayor riesgo, de los cuales 8 de los 11 nuevos casos registrados proceden de otros países⁽²⁰⁾.

Las ocupaciones laborales predominantes (agricultor, albañil, y ama de casa) estaban relacionados con las actividades rurales que desempeñaban la mayoría de la población de la época y por la zona en que vivían.

Según la clasificación de Ridley y Jopling, predominan en nuestro estudio las formas lepromatosas o formas multibacilares según la clasificación operacional de la OMS; igual que en otros estudios realizados^(6, 24, 29). Según la clasificación de la OMS, también se observó una mayor proporción de pacientes multibacilares⁽¹⁶⁾. En el Boletín Epidemiológico del año 2013, de los 11 casos nuevos diagnosticados, la forma clínica mayoritaria fue multibacilar⁽⁸⁾ frente a la forma paucibacilar⁽²⁾; lo que se corresponde con nuestro estudio⁽²⁰⁾.

Teniendo en cuenta las tres épocas vividas en cuanto al tratamiento recibido por los pacientes en Fontilles, en nuestro estudio, predomina la monoterapia con respecto a la multiterapia, adoptada por la OMS en 1982⁽²¹⁾. A lo largo de la historia del sanatorio desde su origen, se observa una clara disminución de los pacientes afectados por la enfermedad, desde la mejora en las condiciones higiénico-sanitarias, alimentación, menor hacinamiento, los cuidados llevados a cabo, así como la reclusión social de los pacientes en un primer momento, que se manifiesta visualmente con una muralla que rodea el sanatorio de 3 km de longitud, 0.5 metros de ancho y 3 metros de alto, lo que contribuyó a aumentar el estigma social de la enfermedad y, posteriormente con la implantación de la multiterapia, para intentar evitar resistencias y que hasta día de hoy es la medicación más efectiva⁽³⁰⁾.

Atendiendo a la proporción de recidivas que, fue positiva casi en la mitad de los pacientes de nuestro estudio, hubiera sido interesante comparar este dato con la adherencia al tratamiento, pero una dificultad que se añadía era que muchos de los residentes pasaban temporadas fuera del sanatorio sin poder llevar un control de la medicación por parte de los facultativos.

El contacto con familiares, (un 63,1% tuvieron dicho contacto) puede reflejar como fuente de contagio la convivencia continuada y estrecha con pacientes multibacilares sin tratamiento⁽³¹⁾. Entre los que no tuvieron contactos familiares se encontraron vecinos o personas conocidas, lo que refuerza esta fuente de contagio. A esto se puede añadir las condiciones higiénico-sanitarias de la época, pues muchos refirieron no tener agua potable, vivir hacinados, pozos sépticos, en definitiva, rodeados de condiciones muy desfavorecidas. Esto apoya el informe de la OMS que dice que la lepra aparece con mayor frecuencia

entre los contactos de los enfermos⁽¹⁵⁾, de ahí que el seguimiento de convivientes sea una buena medida para la vigilancia, teniendo en cuenta que son necesarios varios años de seguimiento para detectar las primeras fases de la enfermedad. Por otra parte, en ninguna de las historias consultadas se hace referencia a la afectación de algún hijo, todos ellos son sanos. Dato que se reportó en otro estudio, en donde no se describieron recién nacidos con lepra congénita y la mayoría de los recién nacidos de madres con lepra lepromatosa eran normales⁽³²⁾.

En el comienzo de la enfermedad, referida por los pacientes en el momento del diagnóstico, considerando el posible sesgo de memoria, predominaba la forma cutánea (71,1%) frente a la neurológica (23,7%). Con este dato hay que tener en cuenta el largo período de incubación de la enfermedad, caracterizándose por un retraso de varios años entre la infección subclínica y la manifestación clínica, que iba desde 2-5 años en paucibacilares hasta 10-12 años en multibacilares⁽²⁾. Con esta sintomatología cutánea y/o neurológica queda reflejado el gran tropismo que tiene *M. leprae* por la piel y/o el sistema nervioso periférico⁽³³⁾. Sin embargo, en el estudio de los pacientes de etnia gitana predominaba la manifestación neurológica (60%) con respecto a la cutánea (40%), lo que nos puede indicar un retraso en la demanda de atención sanitaria⁽³⁴⁾.

Las manifestaciones reflejadas en la literatura que nos encontramos en nuestro estudio eran: alopecia, hiperqueratosis, hiperpigmentación, úlceras, reabsorciones óseas o mutilaciones, principalmente en falanges y, como dato relevante, la presencia de anestesia en la mayoría de los pacientes. Esto puede ser debido a que cuando los casos no son tratados, la neuropatía de la enfermedad Hansen evoluciona a una fibrosis de los nervios que va a llevar a la anestesia y a la parálisis de los músculos intrínsecos, extensores y flexores de las extremidades (manos y pies) convirtiéndose éstas en extremidades de alto riesgo frente a traumatismos, procesos que aceleran la reabsorción fisiológica del hueso, mutilaciones y pérdidas de dígitos^(7, 9).

Al igual que en nuestro estudio, en otros dos realizados^(28, 35), se afectan más los pies que las manos; y en otro, además de reportarse que la mayoría presentaron úlceras en el pie, se registró como precedente de las mismas hiperqueratosis

⁽³⁶⁾. De ello, se deduce la importancia de valorar la hiperqueratosis pues supone un signo a tener en cuenta a la hora de la prevención de úlceras, ya que si no se trata puede evolucionar por fricción, traumatismos, etc. hacia una lesión y terminar en un perforante plantar. Por lo que, podemos decir que hay una correlación entre la localización de las úlceras y el punto de máxima presión, lo que a su vez se relaciona con las deformidades del pie por la alteración del nervio ciático poplíteo externo y tibial posterior. En nuestra muestra el nervio más afectado fue el cubital seguido del nervio mediano, tibial posterior, auricular, ciático poplíteo externo y radial. Siendo el cubital y el ciático poplíteo externo los dos nervios más comúnmente afectados por lepra⁽³⁷⁾.

Por otra parte, la reabsorción ósea, en nuestra muestra, fue de falanges y metatarso en pies, y solamente de falanges en las manos; lo que se relaciona con una evolución acrotérica de la osteolisis. Al igual, las manifestaciones neurotróficas que eran típicas de enfermos con años de evolución, presentaban un característico acroneurotropismo. Lo que se puede relacionar con una mayor preferencia del bacilo por las zonas más frías⁽³⁸⁾.

En las manifestaciones psiquiátricas encontramos conductas adictivas y depresión, aunque se ha de considerar que eran difíciles de valorar debido a su naturaleza. A esto se sumaba la presencia de alopecia que suponía una alteración de la propia imagen y contribuía a sentirse estigmatizado. Estigma que continúa presente a pesar de encontrarse inactivos bacteriológicamente desde hace años. Por lo tanto, no se puede decir que exista una sintomatología psiquiátrica específica de la lepra, pero hay que tenerla en cuenta desde el punto de vista sanitario en cuanto a la atención holística de los cuidados.

Todos los pacientes presentaron un grado de discapacidad relacionado con la enfermedad de Hansen, a lo que se añade la avanzada edad y la coexistencia de morbilidad. El desarrollo de discapacidad nos va a indicar un retraso en el diagnóstico, de por lo menos un año. De este modo, la presencia de una discapacidad visible es indicativo de un daño nervioso irreversible, de un diagnóstico de la enfermedad tardío y/o tratamiento no adecuado⁽¹⁵⁾. Esto va a estar relacionado con el hecho de que al inicio de la enfermedad el paciente no percibe ningún problema y cree

que las lesiones iniciales no son importantes, de ahí que no consulten hasta que la enfermedad causa dolor o limita su capacidad para el trabajo. Siendo necesaria la destrucción del 30% de las fibras nerviosas antes de que se produzca alteración de la sensibilidad⁽³⁹⁾. Así, la tasa global de DG2 (tasa de nuevos casos de discapacidad de grado 2 diagnosticados por 100.000 habitantes) en 2011 fue de 0,22; en 2012 de 0,25; lo que supuso un aumento y en 2013 de 0,23; manteniéndose más o menos estable⁽¹⁶⁾; por lo que es preciso un diagnóstico precoz y la instauración de la multiterapia específica para evitar las lesiones incapacitantes que produce.

Actualmente, la lepra es una enfermedad que hay que tener en cuenta en la práctica clínica en cuanto al diagnóstico diferencial con respecto a otras enfermedades dermatológicas, puesto que se considera eliminada pero no erradicada y existe un gran desconocimiento de la misma a día de hoy.

La lepra todavía existe como problema de salud pública a nivel global, lo que se pone de manifiesto con el aumento de casos detectados en el Sudeste Asiático, seguido de América y África^(16, 20), pudiendo existir cifras ocultas en cuanto a las estimaciones comunicadas por la OMS, debido a la tendencia política a ocultar el problema y por un inadecuado funcionamiento de los programas de lucha con respecto a la infranotificación de casos y el hecho de que tras finalizar el tratamiento se les da de alta del registro. En España siguen dándose casos, aunque esporádicos, probablemente relacionado con la elevada inmigración que proviene de países endémicos.

Actualmente, las causas de muerte son por enfermedades intercurrentes o por complicaciones

propias de la senectud, y no a causa de la lepra. Atendiendo a esto, durante nuestro período de estudio ocurrieron 5 muertes, siendo el cáncer de distintos orígenes la principal causa de fallecimiento. Por ello, se plantea como posible línea de investigación la relación de los exitus por neoplasias en pacientes con lepra teniendo en cuenta sus distintos tratamientos. Decir que la principal limitación de este estudio ha sido el pequeño número de muestra debido a la baja prevalencia de la enfermedad, así como la falta de datos registrados y las pérdidas.

CONCLUSIONES

- El patrón de presentación de la enfermedad de Hansen en los pacientes ingresados en el Sanatorio de Fontilles, se caracteriza por un predominio de la población masculina, la forma lepromatosa y multibacilar.
- Los pacientes presentaron una edad media de inicio de la enfermedad de 24 años y actualmente tienen una edad media de 76 años con múltiples comorbilidades, siendo su procedencia principalmente de Andalucía.
- Al ingreso en el sanatorio de Fontilles, hay un predominio de las manifestaciones cutáneas, con respecto a las neurológicas.
- En la actualidad, son las manifestaciones neurotróficas las que prevalecen, presentando el 100 % de los pacientes algún grado de discapacidad.
- A día de hoy todavía existe desconocimiento de la enfermedad y un gran estigma cuando se oye la palabra "lepra".

BIBLIOGRAFÍA

1. Hastings RC. Leprosy. 1st ed. Hong Kong: Longman Group; 1985.
2. Gómez JR, Moll F. Lepra: enfermedad olvidada. Situación actual y trabajo sobre el terreno. *Enf Emerg* [en línea]. 2005; 7(2):110-119. [Citado el 24 de febrero de 2015]. Disponible en Internet: <http://sicapacitacion.com/libmedicos/Lepra.pdf>
3. Walker SL, Lockwood DN. Leprosy. *Clin Dermatol* [en línea]. 2007; 25(2):165-172. [Citado el 3 de marzo de 2015]. Disponible en Internet: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clindermatol.2006.05.012>
4. Ridley DS, Jopling WH. Classification of leprosy according immunity: a five group system. *Int J Lepr Other Mycobact Dis* 1966; 34(3):255-273.
5. Bakker M, Hatta M, Kwenang A. Population survey to determine risk factors for *Mycobacterium leprae* transmission and infection. *Int J Epidemiol*. 2004; 33(6):1329-36.
6. Britton WJ, Lockwood DN. Leprosy. *Lancet*. 2004; 363(9416):1209-19.
7. Moll Cervera F. Manifestaciones neurológicas y lesión nerviosa en lepra. En: Asociación Fontilles, (ed.) Manual actualizado de leprología. Valencia: Asociación Fontilles; 2013.p.86-98.

8. Pearson J, Ross W. Nerve involvement in leprosy. Pathology, differential diagnosis and principles of management. *Lepr Rev.* 1975; 46:199-212.
9. Scollard DM, Adams LB, Gillis TP, Krahenbühl JL, Truman RW, Williams DL. Los continuos desafíos de la Lepra. *Clin Microbiol Rev.* 2006; 19(2): 338-81.
10. Rodríguez G. Lepra neural pura. En: Rodríguez G, Orozco LC, (ed.). *Lepra.* Santafé de Bogotá, D. C.: Instituto Nacional de Salud; 1996. p. 81-90.
11. Arulanantham S. Addressing inequality and exclusion – the opinion of people affected by leprosy in Africa and Asia, as to what should be included in any post Millenium Development Goal Framework. *Lepr Rev.* 2014; 85(3):133-40.
12. Srinivasan H. Prevención de discapacidades en los enfermos de lepra: Guía práctica. 1ª ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1994.
13. Terencio de las Aguas J. Estado actual de la terapéutica de la lepra. *DCMQ.* 2008; 6:118-25.
14. Sarmiento C. La lepra de las manos y de los pies. En: Rodríguez G, Orozco LC (ed.). *Lepra.* Santafé de Bogotá, D. C.: Instituto Nacional de Salud; 1996. p. 91-98.
15. Organización Mundial de la Salud. Lepra (enfermedad de Hansen): Informe de la Secretaría. Consejo ejecutivo, 128ª reunión; EB128/16; 16 de diciembre de 2010.
16. World Health Organization. Global leprosy update, 2013; reducing disease burden. *Wkly Epidemiol Rec* 2014; 89(36):389-400.
17. World Health Organization. Global leprosy situation, 2010. *Wkly Epidemiol Rec.* 2010; 85(35):337-48.
18. World Health Organization Enhanced global strategy for further reducing the disease burden due to leprosy (2011-2015): Operational guidelines (updated). New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia; 2009.
19. Blok DJ, de Vlas SJ, Fischer EA, Richardus JH. Mathematical modelling of leprosy and its control. *Adv Parasitol.* [en línea] 2015;87:33-51. [Citado el 16 de marzo de 2015]. Disponible en Internet: <http://dx.doi.org/10.1016/bs.apar.2014.12.002>
20. Rodríguez E, Díaz O. Vigilancia de la lepra en España en 2013 y situación mundial. *Boletín epidemiológico semanal.* 2014; 22(4):34-42.
21. Organización Mundial de la Salud. Quimioterapia de la lepra para los programas de lucha. Serie de Informes Técnicos, 675. Ginebra: OMS; 1982.
22. Organización Mundial de la Salud. Comité de expertos de la OMS en lepra: séptimo informe. Serie de informes Técnicos, 874. Ginebra: OMS; 1998.
23. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. *Boletín epidemiológico semanal.* 2014; 22(15):216-17.
24. Urbina Torrija JR, García Salazar MP, Letón Pastor MM, Ruiz Pérez R. Epidemiología de la lepra a través del estudio de la frecuencia en el hospital especializado de Trillo durante el período 1943-1995. *Rev Esp Salud Pública.* 1999; 71(5): 463-77.
25. Rupérez Larrea M, Cristina Carreño M, Fine P. Patrones y tendencias de la lepra en México:1989-2009. *Fontilles, Rev.Leprol.*2012; 28(6):459-471.
26. Agüero Zaputovich F et.al. Caracterización epidemiológica de casos nuevos de lepra en el servicio de dermatología del Hospital de Clínicas de Asunción, Paraguay. 3 años de estudio. *Fontilles, RevLeprol.* 2009; 27(3):217-24.
27. Gómez Echevarría JR, Moll Cervera F. El enfermo de lepra en el Sanatorio de Fontilles. En: Benito Goerlich D, Blaya Estrada N, (coord.). *Fontilles: 100 años.* Valencia: Asociación Fontilles; 2009. p. 65-89.
28. Ribeiro de Araújo e Araújo AE, Cardoso de Aquino DM, Bernardes Goulart IM, Ferreira Pereira SR, Abreu Figueiredo I, Oliveira Serra H, et.al. *Rev Bras Epidemiol.* 2014; 17(4):899-910.
29. Cardona-Castro N. Lepra en Colombia: ¿Se encuentra en la fase de post-eliminación?. *Fontilles, Rev Leprol.*2014; 29(4):297-308.
30. López-Antuñano FJ. Diagnóstico y tratamiento de la lepra. *Salud pública Méx.*1998; 40:66-75.
31. Brandsma JW, Bizuneh E, Temam F, Naafs B. Mycobacterial infections causing cutaneous disease; or how is leprosy transmitted? *Lepr Rev.* 2008; 79(2):196-8.
32. Rodríguez G, Rodríguez RA. Lepra y embarazo. En: Rodríguez G, Orozco LC (ed.). *Lepra.* Santafé de Bogotá, D.C.: Instituto Nacional de Salud; 1996.p. 113-5.
33. Lockwood DN, Sarno E, Smith WC. Classifying leprosy patients-searching for the perfect solution? *Lepr Rev.* 2007; 78(4): 317-20.
34. Abad Tornero M, Parra Dormal A, Faith S. Enfermedad de Hansen en pacientes de etnia gitana en el sanatorio de Fontilles: 1909-2009. *Fontilles, Rev Leprol.* 2010; 27(5):437-50.
35. Terencio de las Aguas J. Lesiones ungueales en la lepra. *Med Cutan Iber Lat Am* [en línea]. 2011; 39(2):50-55. [Citado El 6 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.medcutanila.org/images%5Cpdf%5Carticulos%5C2011%5C2/pdf/mc392c.pdf>
36. Gómez Echevarría JR, Marhuenda Fluixá A, Moll Cervera F. El pie en lepra. *Fontilles Rev Leprol.* 2003; 24(3):215-26.
37. The International Federation of Anti-Leprosy Associations. Cómo diagnosticar y tratar la lepra: Guía de aprendizaje uno. Londres: ILEP; 2002.
38. Rodríguez G. Fisiopatología de la lesión neural. En: Rodríguez G, Orozco LC (ed.). *Lepra.* Santafé de Bogotá, D.C.: Instituto Nacional de Salud; 1996. p. 26-34.
39. Gamboa LA, Paredes M. Compromiso neurológico en la lepra. *Univ med.* [en línea]. 2003; 44:217-23. [Citado el 21 de mayo de 2015]. Disponible en Internet: <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v44n4/0041%20lepra.pdf>

ESTUDIO OBSERVACIONAL TRANSVERSAL DEL MANEJO DEL DOLOR IRRUPTIVO ASOCIADO A LOS TRATAMIENTOS EN PACIENTES CON ÚLCERAS CUTÁNEAS.

A CROSS-SECTIONAL OBSERVATIONAL STUDY OF THE MANAGEMENT OF BREAKTHROUGH PAIN ASSOCIATED WITH THE TREATMENTS IN PATIENTS WITH CUTANEOUS ULCERS

Autores: Federico Palomar Llatas^(1,2), Begoña Fornes Pujalte^(1,2), Concepción Sierra Talamantes^(1,2), Irene Millá Tamarit⁽²⁾, Laura Debon Vicent⁽²⁾

(1) Unidad de Enfermería Dermatológica, Úlceras y Heridas. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

(2) Cátedra Hartmann de Integridad y Cuidado de la piel. Universidad Católica de Valencia.

Contacto: federicop43@gmail.com

Fecha de recepción: 12/01/2016
Fecha de aprobación: 20/02/2016

RESUMEN

Objetivos: Conocer el tratamiento base del dolor irruptivo en el tratamiento de úlceras crónicas y valorar el dolor irruptivo producido durante la cura tópica

Método: Estudio observacional transversal. Medición y valoración del dolor mediante el uso de la escala EVA y McGill. Valoración de la ansiedad por la Escala de Ansiedad de Hamilton. Estadística descriptiva.

Resultados: Fueron evaluados 20 pacientes que acudieron a la Unidad de Enfermería Dermatológica, Úlceras y Heridas del Hospital General Universitario de Valencia. Los pacientes tratados con Fentanilo disminuyen notablemente su sensación de dolor frente a otros que son tratados de base con Paracetamol y/o Metamizol.

Conclusiones: Los pacientes tratados con opioides como es el Fentanilo, son más proclives a sentir menos dolor irruptivo durante las curas tópicas. La mayoría de pacientes observados describen el dolor cualitativamente como: aprieta, acalambra, destelleo, pincha.

Palabras clave: Dolor, dolor irruptivo, úlceras cutáneas.

ABSTRACT

Objective: Know the treatment basis of breakthrough pain in the treatment of chronic ulcers and assess the breakthrough pain occurred during the topical cure

Method: Observational and cross-sectional study. Measurement and assessment of pain using the scale EVA and McGill. Valuation of anxiety about the scale of Anxiety of Hamilton. Descriptive statistics.

Results: Were evaluated 20 patients who attended the Dermatology Nursing Unit, sores and wounds of the University General Hospital of Valencia. Patients treated with fentanyl significantly decrease your feeling of pain compared to others that are basic treaties with acetaminophen and/or metamizole.

Conclusions: Patients treated with opioids as is the fentanyl, are more likely to feel less breakthrough pain during the topical cures. The majority of patients observed describe the pain qualitatively as: Press, cramp, flashing, prick.

Keywords: pain, breakthrough pain, cutaneous ulcers.

INTRODUCCIÓN

Las úlceras cutáneas son una pérdida de sustancia que afecta a la epidermis, la dermis y, en ocasiones a planos más profundos y son definidas como úlcera crónica cuando su evolución es mayor a 6 semanas. Estas lesiones son una gran carga sociosanitaria ya que conllevan un alto coste económico para la administración y un coste socio/familiar ya que supone unos sobrecarga de cuidados y un deterioro en la calidad de vida de los pacientes.

Entre los signos que entorpecen la calidad de vida de los pacientes y la correcta cicatrización de estas úlceras tenemos principalmente: alto nivel de exudado, tejido desvitalizado, la infección local o altos niveles de carga bacteriana, olor y el dolor^(Imagen 1), todos ellos, aspectos que interfieren en la calidad de vida y cicatrización en los pacientes portadores de úlceras.

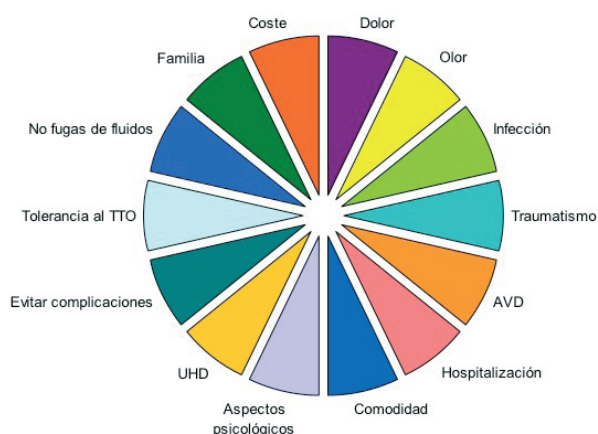


Imagen 1. Aspectos que interfieren en la calidad de vida en los pacientes con úlceras.

De los signos mencionados, nos parece importante prestar atención al dolor irruptivo que, aparece de forma brusca, intensa y transitoria sobre un dolor crónico persistente y estable; o presentarse de forma incidental relacionado con un factor desencadenante concreto tras la práctica de algún procedimiento como la cura de una úlcera^(1,2) o de manera espontánea (cuando aparece de forma inesperada). El tratamiento del dolor irruptivo se basa en su prevención, ya sea evitando los eventos precipitantes “por la realización de curas” o administrando fármacos analgésicos antes de los mismos.

Como se ha comentado las úlceras cutáneas repercuten en la calidad de vida del paciente tanto a nivel físico como psicológico por tanto ¿Hasta qué punto debe un paciente soportar el dolor?, y su alivio no es considerado como un aspecto rutinario del tratamiento⁽³⁾. Las úlceras de etiología venosa son las más frecuentes, entre un 75-80%. En cuanto a las úlceras de etiología arterial presentan una prevalencia entre 0,2 - 2% y una incidencia de 220 casos nuevos por cada millón de habitantes año⁽⁴⁾. Así, en las úlceras de los miembros inferiores de prevalencia estimada entre 0,3% - 2% en ancianos mayores de 80 años, el problema del dolor severo y continuo aparece asociado frecuentemente hasta en el 65% de los

pacientes. Pero además a este tipo de dolor basal, continuo y de larga evolución inherente en la mayoría de las úlceras cutáneas, se asocia un tipo de dolor irruptivo, y que aparece cuando el paciente es sometido a las curas locales de la úlcera, para favorecer su cicatrización y mantener la lesión en óptimas condiciones^(3,4).

El principal objetivo que se persigue en el manejo del dolor irruptivo será garantizar un tratamiento efectivo del dolor persistente y en segundo lugar disminuir la frecuencia e intensidad de los episodios de dolor irruptivo^(5,6,7), por tanto el manejo del dolor irruptivo se basará en tres aspectos: prevención, anticipación y uso de la medicación adecuada. El dolor tiene un componente físico, pero también tiene un componente subjetivo que está influenciado por la forma en la que cada persona percibe su dolor, con las experiencias personales, con el nivel de umbral del dolor, etc. (Figura 1).

Tratamiento ideal de los dos componentes del dolor

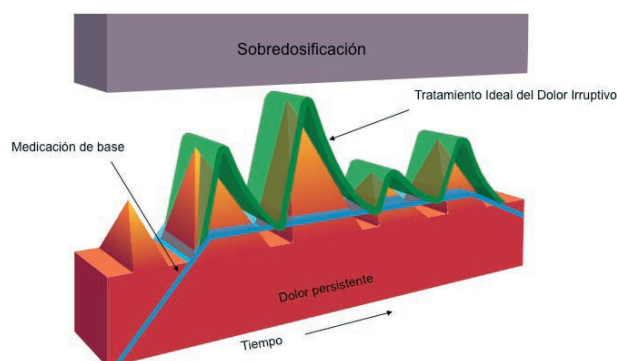


Figura 1. Tratamiento dolor irruptivo y dolor crónico.

La medicación ideal para el tratamiento del dolor irruptivo debe cumplir unos requerimientos básicos, la escalera analgésica de la OMS ha sido aplicada universalmente. Con su uso se puede conseguir un porcentaje de alivio del dolor del 45%- 100%(Figura 2).



Figura 2. Escalera analgésica del dolor OMS.

En la actualidad no existe ningún procedimiento absolutamente objetivo para medir la intensidad del dolor sin embargo, existen algunas reglas (EVA, Escala visual analógica) muy sencillas para que el personal sanitario y el paciente pueda valorar la intensidad del dolor, estas reglas cuantifican la intensidad del dolor desde el 0 (ausencia total de dolor) al 10 (un dolor absolutamente insoportable)^(Imagen 2).



Imagen 2. Dolor subjetivo.

El objetivo de este estudio fue conocer el tratamiento base del dolor irruptivo y valorar el dolor producido durante la cura tópica en pacientes con úlceras graves. Conocer qué factores influyen más en los pacientes que presentan mayor dolor.

MATERIAL Y METODO

Estudio observacional transversal en el que se valoró la presencia o ausencia del dolor irruptivo durante las curas, valorando también si presentan dolor de base o si toman algún tipo de medicación anterior al proceso. El estudio se realizó en la Unidad de Enfermería de Úlceras y Heridas (UEUH) en colaboración con la Unidad del dolor del Hospital General Universitario de Valencia.

La población diana la constituyen los pacientes que acuden para ser atendidos en la citada unidad (UEUH) de úlceras cutáneas graves y que refieren dolor basal y dolor irruptivo durante la cura tópica.

Los criterios de inclusión fueron:

- Paciente con edad ≥ 18 años.
- Paciente que vaya a ser sometido a cura en la unidad de úlceras y cuya manipulación se

prevea le pueda causar dolor.

- Paciente o representante legal que firma el consentimiento informado por escrito.

Los criterios de exclusión fueron:

- Paciente que a juicio del investigador no tenga la capacidad cognitiva suficiente para la comprensión del estudio.
- Paciente o representante legal que no firma el consentimiento informado por escrito.

Las variables a estudio fueron:

- Sociodemográficas: edad, sexo, nivel de estudios.
- Clínicas: peso, talla, IMC, patologías concomitantes y enfermedades subyacentes.
- Características de la úlcera (etiología), localización, signos de infección, tratamiento analgésico basal.

El procedimiento consistió en valorar el dolor producido al paciente durante la cura tópica mediante la Escala Visual Analógica de Intensidad del Dolor (EVA) y la cumplimentación por del cuestionario de dolor de McGill, por el paciente. El procedimiento se realizó en dos ocasiones; una primera en la que se localiza el dolor, y una segunda en la que se describe el dolor con 20 subclases de descriptores verbales que miden las dimensiones sensoriales, afectivas y evaluativas del paciente frente al dolor.

En el mismo momento de la cura, se registró el tipo de tratamiento para la profilaxis del dolor durante la técnica tópica, y se valoró la ansiedad afrontamiento al dolor del paciente mediante la Escala de Ansiedad de Hamilton. Por último, realizaron mediciones del dolor con la EVA.

El análisis estadístico de los resultados consistió en medidas de tendencia central y representación gráfica descriptiva. El software utilizado fue el Excel 2010 de Microsoft.

El estudio tuvo en cuenta la normativa ético-legal vigente. Fue aprobado por el CEIC del Hospital General Universitario de Valencia y se realizó de acuerdo con los Principios Básicos para toda Investigación Médica, Declaración de Helsinki, respetando los principios legales aplicables (generales y autonómicos) sobre protección de datos

personales, así como los referentes a los derechos y obligaciones en materia de información y documentación sanitaria.

RESULTADOS

El estudio realizó en una muestra de 20 pacientes, de ellos, 6 eran hombres y 14 mujeres; con edades comprendidas entre los 47 y 91 años, siendo la edad media de estos pacientes de 66 años^(Gráfico 1).

SEXO

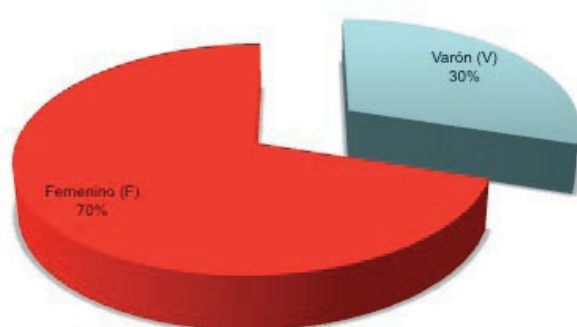


Gráfico 1. Porcentaje del sexo de la muestra.

Un 65% de la muestra estudiada presentaba un IMC elevado, dos pacientes obtuvieron una puntuación de obesidad extrema^(Gráfico 2).

IMC



Gráfico 2. Porcentaje de pacientes según su IMC.

Entre los antecedentes patológicos más representativos destacó la Hipertensión Arterial (HTA) en 6 pacientes, y el resto presentó otros como: artrosis, asma, insuficiencia cardíaca o lupus^(Gráfico 3).

ANTECEDENTES MEDICOS

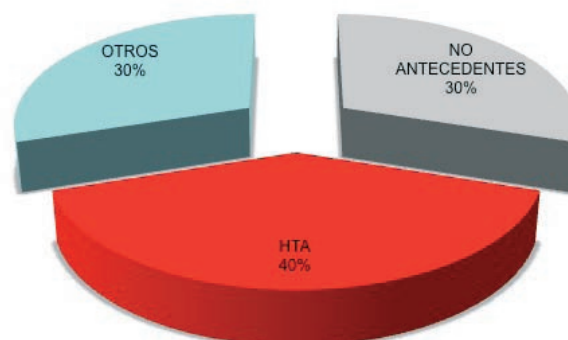


Gráfico 3. Porcentajes según los antecedentes médicos.

De los 20 pacientes observados, 8 pacientes no tenían ningún tipo de antecedentes y 4 de estos presentan un IMC normal.

En relación a la causa que originó es úlcera cutánea grave, la mitad de los pacientes incluidos presentaron úlceras de carácter venoso por una insuficiencia vascular^(Gráfico 4).

ETIOLOGIA

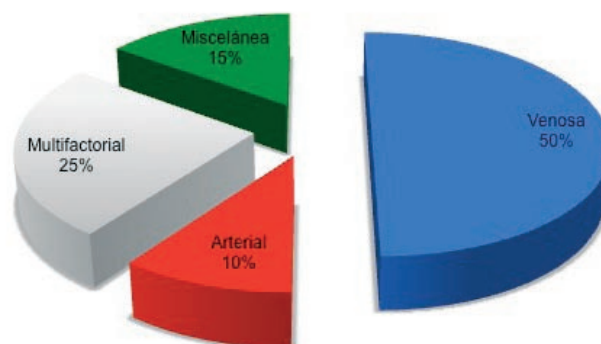


Gráfico 4. Porcentaje de pacientes según la etiología de la úlcera cutánea.

Respecto al tratamiento basal del dolor observamos en los datos recogidos a los pacientes, un 40% tomaba Paracetamol como tratamiento basal, seguido por un 15% de los pacientes que toma Metamizol y otro 15% Fentanilo sublingual^(Gráfico 5).

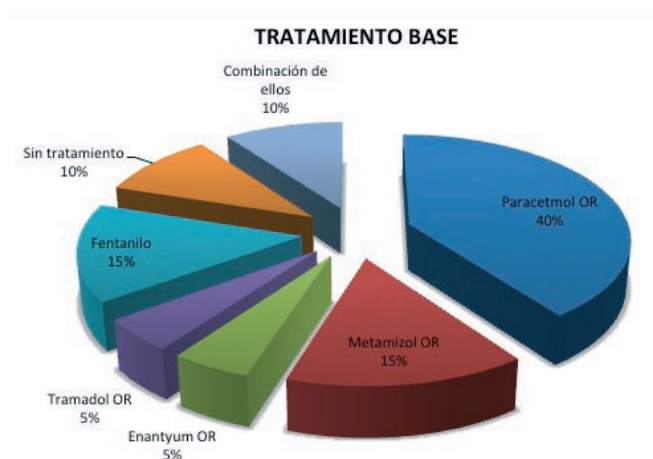


Gráfico 5. Porcentaje de pacientes según el tratamiento de base.

El análisis de diferencia de la EVA en el momento previo a la cura y durante la cura, se observó que 14 pacientes disminuyen su dolor durante la cura, 4 no variaron su sensación del dolor durante la cura, y 2 pacientes refirieron que aumentó su dolor durante el procedimiento (Gráfico 6).

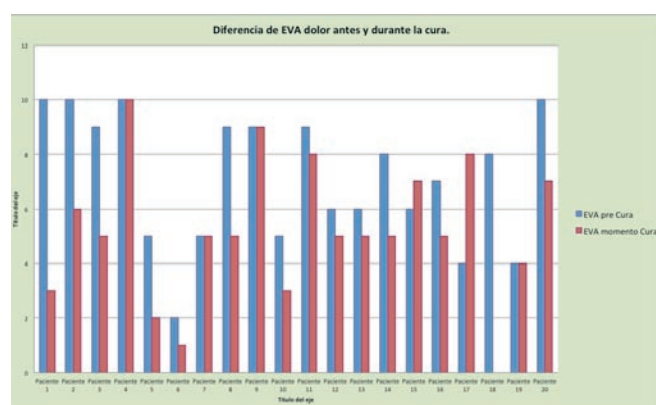


Gráfico 6. Diferencia del dolor evaluado mediante EVA antes y durante la cura.

Analizando los resultados de la EVA, junto con el tratamiento de base que llevan los pacientes y el administrado en el momento de la cura o previamente al procedimiento, obtuvimos que en 3 de los pacientes se produce una significativa bajada de entre 4 a 7 puntos de la sensación del dolor ambos. De ellos, 2 pacientes tomaban Fentanilo vía oral en el momento previo a la cura, aunque su tratamiento basal era Paracetamol y Gabapadina. El otro paciente, disminuyó en 8 puntos su sensación del dolor, con un tratamiento de base con Enantyum, y en el momento de la cura toma AINES junto con Tramadol.

El resto de pacientes en los que disminuye el dolor en el momento de la realización de la cura, un total de 11, disminuyen su sensación de dolor entre 1 y 4 puntos. 5 de los pacientes que presentan menor disminución del dolor estaban a tratamiento con Paracetamol, y lo habían tomado en el momento de la cura y sin ningún tipo de tratamiento previo. Otros 4 pacientes llevaban como tratamiento basal o previo a la cura Metamizol. El resto de estos 11 pacientes, que eran 2, no tenían ningún tipo de tratamiento basal ni previo a la cura.

También se observó que en 4 pacientes en los que no hubo ningún tipo de variación en su sensación del dolor previo, con el dolor que aparece en el momento de la cura. Dos toman Paracetamol en el momento previo a la cura. Los otros dos, uno de ellos junto con el Paracetamol como tratamiento de base llevaba un parche de Fentanilo; y el otro toma Tramadol oral previamente a la cura.

Los resultados de la Escala de McGill en la que se les preguntó a los pacientes por 88 descriptores del dolor clasificados en 20 subgrupos fueron:

Un 25% de los pacientes describió que la característica que más se ajusta a su dolor es que "palpita"; y la segunda característica mas relevante con un 20% es que "aletea" y "golpea". Un 75% lo definió como "destello", un 60% que "pincha", un 45% como "Agudo"; un 30% destacaron que "aprieta" y "acalambra", el 55% lo describió como "tira" y "caliente"; en este subgrupo aparece con un 35% el descriptor "hormigueo", seguido con un 30% "aguijoneo". Un 30% refiere su dolor com "irritante", un 20% como "sordo" y "penoso". Un 70% nos describe su dolor como "tirante". 52,6% describe el dolor como "cansa" frente a un 47,4% que lo define como "agota". En este subgrupo obtuvimos con un 57,9% "marea", y con un 42,1% "sofoca". En el 42,1% los pacientes sintieron "miedo" del dolor presentado. Para un 52,6% fue "castigador", el 63,2 escogió el descriptor "desdichado", un 45% lo define como "molesto", otro 45% "punzante", y un 40% "difuso". Un 35% lo describió como "entumecido", frente a un 25% seguido de un 20% que escogen respectivamente "apretado" y "desgarrado". Un 60% elige "fresco" y un 55% lo definió como "desagradable" (Gráficos 7 y 8).

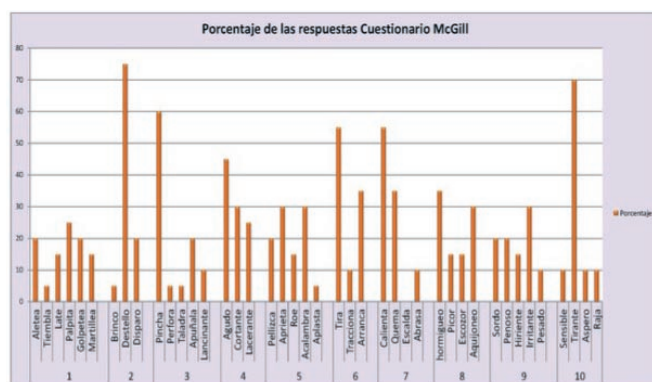


Grafico 7. Resultados de los descriptores del dolor del Cuestionario de McGill.

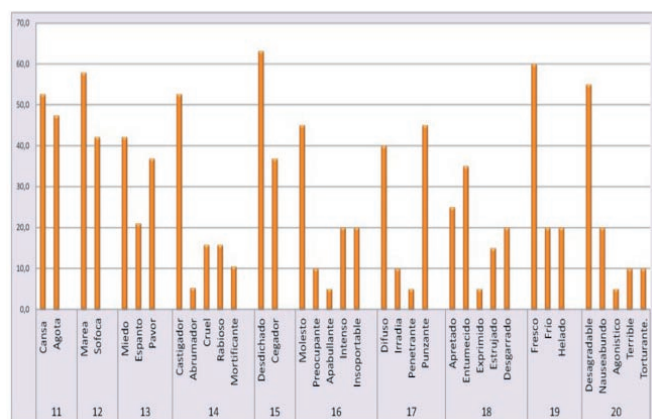


Grafico 8. Resultados de los descriptores del dolor del Cuestionario de McGill.

DISCUSION

Según los resultados obtenidos, se observa que los pacientes presentan factores de riesgo elevados para la aparición de úlceras cutáneas que coinciden en la mayoría de estudios, como Hipertensión (30%) y un IMC elevado (65%); Es de señalar que un grupo importante de autores plantean que los pacientes con antecedentes familiares de enfermedad venosa tienen una mayor predisposición a padecerla. Existe una relación directa entre el sedentarismo y la obesidad, ya que ambas permiten que aumente la sobrecarga de peso a nivel de las extremidades inferiores, lo que facilita la existencia de patologías venosas a ese nivel tal y como observamos en nuestro estudio.

El estudio Detect-IVC del año 2006 en España, que se realizó en centros de salud por médicos de Atención Primaria, permitió constatar que “el 2,5% de los pacientes que acuden al médico de atención primaria padecen úlceras por hipertensión venosa^(Imagen 3) que son las úlceras mas dolorosas y con el tipo de dolor irruptivo. Son más

frecuentes en mujeres, con una relación varón-mujer de 1:3. La incidencia es mucho mayor a partir de los 65 años con un porcentaje del 5,6% de la población. En definitiva entre 250.000 y 300.000 personas están afectadas por úlceras venos^{”(8)}.



Imagen 3. Úlcera hipertensiva.

Con los resultados obtenidos en este trabajo en relación con la frecuencia de la patología venosa y la edad de los pacientes estudiados se demuestra una vez más que la IVC aumenta consecuentemente con la edad.

Como observamos el 50% de nuestros pacientes sufren úlceras cutáneas a causa de una insuficiencia venosa, en otros estudios aparece como “La insuficiencia venosa crónica (IVC) es una enfermedad progresiva, y resulta uno de los padecimientos de mayor morbilidad en el mundo, con una prevalencia aproximada de 20 a 50 % de la población adulta femenina, y de 10 a 20 % de la masculina^{”(9)}. Poniéndose en evidencia que la insuficiencia venosa sigue siendo una de las principales causas de padecer úlceras cutáneas.

Respecto a los resultados obtenidos con los datos recogidos sobre el tratamiento basal para el dolor en los pacientes, en nuestro estudio observamos que un 40% toma Paracetamol como tratamiento, seguido por un 15% de los pacientes que toma Metamizol y otro 15% Fentanilo. Analizando estos datos junto con los obtenidos en la EVA del dolor basal nos damos cuenta de que los pacientes que disminuyen su dolor de leve a moderadamente toman la mayoría Paracetamol y/o Metamizol. Sin embargo de los 3 pacientes en total que disminuyen su dolor en el momento de la cura, de forma notable, dos toman como tratamiento previo a la cura, Fentanilo y el tercer

paciente toma Enantyum. Como observamos en otros estudios realizados como el de V. Domingo-Triadó que comenta sobre el Tratamiento del dolor irruptivo con fentanilo sublingual en pacientes con úlceras cutáneas crónicas, que: “Los resultados de nuestro estudio evidencian que el tratamiento con opioides en pacientes con úlceras cutáneas crónicas proporciona un alivio efectivo del dolor, tanto basalmente como durante la cura, con escasos efectos adversos”⁽⁶⁾.

Nosotros no podemos dar unos resultados concluyentes al respecto, puesto que nuestra muestra es pequeña (20 pacientes). Pero aún así si podríamos conforme a nuestros resultados corroborar que los pacientes tratados con Fentanilo, sea de forma basal o en el momento previo a la cura, disminuyen notablemente su dolor irruptivo.

También nos podríamos adentrar en el paciente que toma Enantyum como tratamiento basal y previo a la cura y disminuye de forma brusca su dolor, analizando junto con más pacientes si los AINES como en este caso el Enantyum también mejoran el dolor irruptivo por encima de otros fármacos como los comentados anteriormente, el Paracetamol o el Metamizol, o es solo un caso aislado.

CONCLUSIONES

- Existe una relación directa de la aparición de úlceras cutáneas con los factores de riesgo que presentan los pacientes, como Hipertensión, Sobre peso u Obesidad.
- La causa más común de las úlceras cutáneas graves es en prácticamente la mayoría de los pacientes es la Insuficiencia Venosa.
- Los pacientes tratados con opioides como es el Fentanilo, disminuyen de forma notable su dolor irruptivo aparecido en las curas, siendo este más efectivo que otros tratamientos empleados para el dolor en úlceras cutáneas como el Paracetamol o el Metamizol.
- La mayoría de pacientes describen el dolor producido por las curas en úlceras cutáneas como: Aprieta y acalambra, destelleo, pincha, agudo, tira, calienta, hormigueo, irritante, tirante, cansa, mareo, miedo, castigador, desdichado, molesto, punzante, entumecido, fresco, desagradable, palpita.

BIBLIOGRAFIA:

1. Centro Andaluz de Información de Medicamentos (CADIME). Tratamiento del dolor irruptivo. Bol Ter ANDAL. 2011; 27(4): 13-6.
2. European Wound Management Association (EWMA). El dolor durante los cambios de apósito. Documento posicionamiento. [monografía online]. Londres: EWMA; 2002. [Acceso 11/04/2015]. Disponible en: http://www.aeev.net/guias/position_doc2002_SPANISH.pdf.
3. Palomar-Llatas F, Díez-Fornes P, Sierra-Talamantes C, Fornés-Pujalte B, Debon Vicent L. Duelen las úlceras cutáneas, o realmente duele como las tratamos. Enferm Dermatol. 2015; 10 (25): 11-6.
4. Contreras R, Ibañez P, Roldán A, Torres OG, coordinadores. Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético de la Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas (AEEVH). Guía de Práctica Clínica. 2ª ed. Sevilla: AEEVH; 2014.
5. Cánovas Martínez L, Rodríguez Rodríguez AB, Castro Bande M, Pérez Arvizu L, López Soto C, Román R. Tratamiento del dolor irruptivo. Rev Soc Esp Dolor. 2012 Noviembre-Diciembre; 19(6): 318-24.
6. Domingo V, López MD, Villegas F, Alba C, Massa B, Palomares F, Míguez A, et al. Tratamiento del dolor irruptivo con fentanilo sublingual en pacientes con úlceras cutáneas crónicas. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2014; 61(8):429-33.
7. Aranda JM, Castro MV, Galindo A, Ledo MJ, Martínez F, Moreno A, et al. El dolor en las heridas crónicas ¿recibe la atención que se merece? Rev Rol Enferm. 2007; 30(5): 6-7.
8. Álvarez-Fernández LJ, Lozano F, Marinell-Io-Roura J, Masegosa-Medina JA. Encuesta epidemiológica sobre la insuficiencia venosa crónica en España: Estudio DETECT-IVC 2006. Angiología. 2008; 60(1):27-36.
9. Edouard DC, Quiñones M, Borrás M, Rodríguez L, Chirino L. Insuficiencia venosa crónica y calidad de vida. Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascular. 2010; 1(27): 19-26.

DECISIONES BASADAS EN LA EVIDENCIA: MEJORANDO LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN UN CASO CLÍNICO DE ÚLCERA VENOSA.

DECISIONS BASED ON THE EVIDENCE: IMPROVING QUALITY OF CARE IN A VENOUS ULCER CASE

Autores: José Domingo Avilés Aranda⁽¹⁾, Juan Francisco Diego Gea Ayala⁽²⁾, Virginia Vivancos Oliva⁽³⁾, Patricia Moreno Pina⁽¹⁾, Félix Peñalver Hernández⁽¹⁾, Carlos Cipriano Herrero de Pablos⁽⁴⁾.

(1) Dirección de Enfermería.
Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia, España.
(2) Centro de Salud de Santa María de Gracia. Murcia, España.
(3) Unidad de Cuidados Intensivos.
Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia, España.
(4) Servicio de Radiología.
Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid, España.

Contacto: avilesaranda@telefonica.net

Fecha de recepción: 07/09/2015
Fecha de aprobación: 29/01/2016

RESUMEN

Introducción: Se presenta un caso de herida crónica en miembro inferior asociada a patología vascular con mala evolución. El objetivo es constatar la resolución del caso con apoyo de una guía de práctica clínica.

Caso clínico: A través de un caso clínico, se contrastaron las recomendaciones para la cura de úlceras y heridas crónicas de la "Guía de Práctica Clínica de Enfermería para la Prevención y Tratamiento de Úlceras Por Presión y Otras Heridas Crónicas", de la Generalitat Valenciana. Alta del paciente tras tres meses de evolución. La cura en ambiente húmedo (CAH) y elección del tratamiento adecuado (terapia compresiva), permitió espaciar la frecuencia de atenciones, oscilando esta, entre las 48-72 horas, cuando se trababa de controlar la infección, hasta los siete días cuando el lecho y características de la herida, así lo permitieron.

Conclusión principal: Los tratamientos de úlceras basados en la evidencia disponible y apoyado por guías de práctica clínica, constituyen un apoyo efectivo para la consecución de los objetivos de cierre del deterioro de la integridad cutánea.

Palabras clave: úlcera, úlcera venosa, ambiente húmedo, evidencia, guía práctica clínica.

ABSTRACT

Introduction: We present a case of chronic wound in lower limb associated with vascular pathology with bad evolution. The objective is to ensure the resolution of the case with the support of a guide clinical practice.

Clinical Case: through a clinical case, contrasting the recommendations for the healing of ulcers and chronic wounds of the "Guide Practice Nurse Clinic for the Prevention and Treatment of Pressure Ulcers and Other Chronic Wounds", of the Generalitat Valenciana. Patient discharge after three months of evolution. The cure in moist environment (CME) and choice of treatment (compressive therapy), allowed spacing the frequency of attentions, ranging this, between the 48-72 hours, when it was trying to control the infection, up to seven days when the bed and features of the wound, so allowed.

Main conclusion: treatments of ulcers based on the available evidence and supported by clinical practice guidelines, constitute an effective support to the achievement of the objectives of closure of the deterioration of the skin integrity.

Key words: Ulcer, Venous Ulcer, Moist Environment, Evidence, Guideline Clinical Practice.

INTRODUCCIÓN

Las úlceras de origen venoso, son una de las complicaciones más importantes de la insuficiencia venosa crónica avanzada. Con la intención de solventar el problema que atañe a nuestra paciente, se elige, para tomar las decisiones de cuidado de esta úlcera, basarnos en las recomendaciones de la “Guía de Práctica Clínica de Enfermería: Prevención y Tratamiento de Úlceras Por Presión y Otras Heridas Crónicas”⁽¹⁾ de la Generalitat Valenciana. A pesar de que la guía es de 2008 y existe una versión posterior enfocada a las Úlceras por Presión⁽²⁾, se presenta como una de las más completas y fiables a nivel del Servicio Nacional de Salud, con respecto a la prevención y tratamiento de heridas crónicas.

Según esta guía⁽¹⁾, las úlceras de origen venoso son: “úlceras de forma irregular, de tamaño variable, superficiales con bordes mal delimitados, con lecho de la úlcera granulomatoso. Suelen ser exudativas y con pulsos arteriales presentes. La piel periulceral puede estar edematosa, con hiperpigmentación y evidencia episodios anteriores con esclerosis de la piel e induración. Su evolución es tórpidas e insidiosa, de difícil cicatrización que tienden a recidivar”.

Dentro del apartado de úlceras venosas, la recomendación de evidencia más alta, corresponde a la medición del ITB como criterio diagnóstico y a la terapia de compresión como base para la buena evolución de este tipo de lesiones, ambas con una evidencia moderada (B)⁽¹⁾.

Objetivos:

- Describir la resolución del caso con apoyo de una guía de práctica clínica.
- Contrastar la validez de una Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia (grados A, B, C), a través de la resolución de un caso clínico.
- Reafirmar la terapia compresiva como piedra angular para la resolución de las úlceras de etiología venosa.
- Verificar, a través del caso clínico, que la cura en ambiente húmedo (CAH) y correcta elección del tratamiento a aplicar en las heridas crónicas es costo-efectiva.

DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

A través de un caso clínico de úlcera venosa en miembro inferior, se contrastan las recomendaciones para la cura de úlceras y heridas crónicas con la “Guía de Práctica Clínica de Enfermería: Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión y otras Heridas Crónicas”⁽¹⁾ Servicio Valenciano de Salud. Se pautó un Plan de Cuidados y se hizo registro de las atenciones prestadas.

Motivo de atención: Úlcera recidivante de 189 días de evolución en miembro inferior izquierdo que, según el personal de enfermería responsable de los cuidados, no sólo no está evolucionando como sería deseable, sino que está aumentando de extensión. Según refiere la paciente, en algunas de las recidivas, “ha tardado años en epitelizar”.

Antecedentes: Mujer de 84 años de edad, multipara, diabetes tipo dos, hipertensa, cardiopatía isquémica hipertensiva. Cirugía de cadera izquierda con prótesis parcial. Colon irritable. Atrofia riñón derecho. Insuficiencia Renal Crónica. Anemia macrocítica multifactorial. Déficit Vitamina D.

Valoración nutricional MNA: F=3 (IMC >23). Riesgo moderado.

Valoración independencia funcional, índice de Katz: Dependiente en baño, vestido, uso retrete, movilidad y continencia. Utiliza andador y recibe asistencia de cuidador profesional.

Alergias: Penicilina, estreptomina, yodo y Pentosano polisulfato sódico (Trombocid). Intolerancia a ácido acetilsalicílico y lactulosa.

Tratamiento actual: Acenocumarol (Sintrom), Torasemida (Sutril) 5mg, Píldora cálcica (Osvical D), Lansoprazol (Estomil), Carvedilol (Coropres) 6,25mg, Hidrocloruro de Metformina (Dianben) 850mg, Diazepam 5mg, Amlodipino 5mg, Sertralina hidrocloruro (Aremis) 50mg, Candesartán cilexetil (Parapres) 16mg.

Plan de Cuidados (NANDA-NOC-NIC)^(3,4):

Diagnóstico de Enfermería: Deterioro de la integridad cutánea relacionado con deterioro de la circulación manifestado por destrucción de las capas de la piel (00046).

Criterios de Resultado: Curación de heridas por segunda intención (1103).

- Secreción serosanguinolenta.
- Necrosis
- Olor de la herida
- Piel macerada
- Disminución del tamaño de la herida
- Granulación.

Intervenciones Enfermeras:

1. Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa (4066).

- Realizar valoración exhaustiva de la circulación periférica.
- Realizar cuidados de la herida (desbridamiento, antibióticos), si es necesario.
- Aplicar apósitos adecuados al tamaño y al tipo de herida, según sea conveniente.
- Observar el grado de molestias o dolor.
- Enseñar al paciente la importancia de la terapia compresiva.
- Aplicar modalidades de terapia compresiva (vendajes corta/larga extensión), según sea conveniente.
- Elevar la pierna 20° o más por encima del nivel del corazón según sea conveniente.
- Animar al paciente a realizar ejercicios pasivos o activos de rango de movimiento, en especial de las extremidades inferiores, mientras esté encamado.

2. Cuidados de las Heridas (3660).

- Despegar los apósitos y el esparadrapo.
- Monitorizar las características de las heridas, incluyendo drenaje, color, tamaño, olor.
- Medir el lecho de la herida según corresponda.
- Limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico, según corresponda.
- Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje.
- Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.

Evolución de la lesión:

Fecha 02/02/2015 (Situación de partida):

Se observa úlcera en pierna en estadio III, superior al maléolo izquierdo externo. La herida presenta restos de esfacelos y biofilm bacteriano. Signos de infección. Tamaño: 8x7 cm. Exudado abundante y seroso^(Figuras 1 y 2).

Durante el periodo pre-intervención, el cuál duró 189 días, se registraron 79 intervenciones con respecto al cuidado de dicha úlcera, lo que conlleva una atención media cada 57,6 horas.

Escala FEDPALLA (piel perilesional): Grado III. La paciente no refiere dolor. Pierna muy edematizada en mitad proximal. La última cura la han realizado con colagenasa y espuma no adherente, acompañado de una gasa y venda de crepé, sólo puesta en tercio distal de la pierna.



Figura 1.

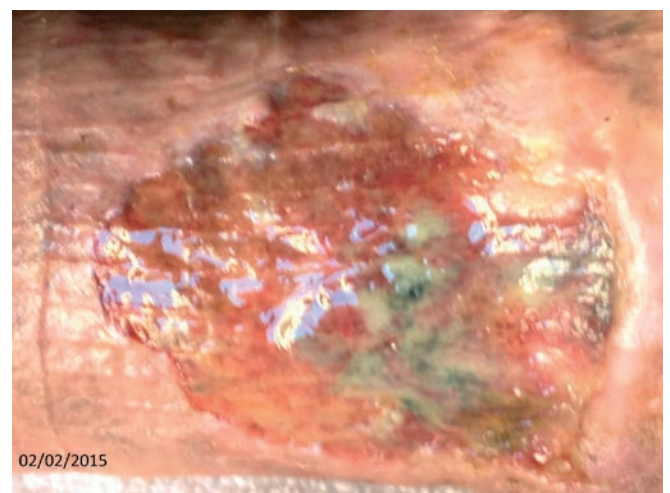


Figura 2.

Presenta pulsos pedios, buena temperatura en pierna y eccema de estasis venoso. Piel rugosa y descamativa. Se realiza ITB, con resultado de 1,1. No signos arteriopatía, aunque el resultado nos indica que hay un comienzo de rigidez en las paredes arteriales. Se recoge cultivo para identificación de cepas involucradas en la infección.

El tratamiento local realizado fue:

- Fomento de clorhexidina para el control de la infección tras erosión de biofilm: Si la úlcera presentaba signos de infección local intensificó la limpieza y desbridamiento. Lavado de zona con suero fisiológico (suero fisiológico) al 0,9%.
- Hidrofibra de hidrocoloide con plata para tratamiento local de la infección (“como opción a la utilización de antibióticos locales se podría adoptar, como alternativa previa, la utilización de apósitos que contengan plata”, grado de recomendación A)⁽¹⁾ y cierre con apósito de espuma de poliuretano, fomentando la Cura en Ambiente Húmedo (CAH): “Existen evidencias clínicas que avalan el uso de apósitos basados en la cura de ambiente húmedo en relación costo-beneficio frente a la cura seca” (grado de recomendación B)⁽¹⁾.
- Aplicación de vendaje de baja elasticidad (cohesiva) previa protección con venda algodón 100% con la intención de ir reduciendo el edema progresivamente. No se decide aplicar terapia compresiva multicapas hasta reducir el edema parcialmente, por las patologías que presenta la paciente de base. Protección perilesional con copolímero acrílico en spray (“Utilizar productos barrera no irritantes para proteger a la piel de la humedad y de los adhesivos”, (grado de recomendación B)⁽¹⁾.
- Cura cada 48 – 72 horas.

Fecha 06/02/2015:

Ingresa en hospital por fractura de cadera el 06/02/2015. Se continúa con el tratamiento mientras está en el hospital. Cambios cada 48-72 horas. Allí recibe profilaxis antibiótica para la operación.

Durante su estancia en el hospital, se reciben los datos del laboratorio, aislando *Pseudomona aeruginosa* y *Escherichia coli*.

Fecha 18/02/2015:

Aprovechando su estancia en el hospital y dado el aspecto de la úlcera, se decide poner apósito de plata nanocrystalina, con el fin de intentar controlar totalmente la posible infección. Cierre con apósito de espuma y vendaje, al que se le añade, entre el algodón y la venda cohesiva, un vendaje con crepé. Protección perilesional con copolímero acrílico en spray.

Fecha 23/02/2015:

Tras 5 días de tratamiento con apósito de plata nanocrystalina (2 cambios), cierre con apósito de espuma de baja adherencia y vendaje, el aspecto del lecho de la úlcera presenta tejido de granulación, con exudado controlado, sin dolor ni olor. Buena evolución de epitelización desde bordes. Se procederá al desbridamiento del tejido no viable en bordes, siguiendo el concepto TIME. Limpiamos restos de placas epiteliales descamativas en pierna con solución oleosa.

Fecha 25/02/2015:

Intervención realizada en domicilio tras alta de la paciente. Tiene controlado el exudado. No signos de infección^(Figura 3). Retiramos de la pauta de cuidados el uso de plata. Lavado con suero fisiológico 0,9 % (“Como norma utilice para la limpieza suero fisiológico, agua destilada o agua potable de grifo”, grado recomendación A)¹ y se suspende antiséptico (“No es recomendable utilizar antisépticos de manera rutinaria en la limpieza de lesiones crónicas”, grado recomendación B)⁽¹⁾ secado con gasa. Hidrofibra de hidrocoloide y cierre con apósito de silicona y espuma sin bordes. Protección perilesional con copolímero. Vendaje de algodón, crepé y cohesiva, con lo cual conseguimos un multicapas “casero”. Se decide poner este tipo de multicapas porque los cambios son, todavía, relativamente frecuentes como para que la venda “Urgo K2®” sea coste-efectiva.

Fecha 27/02/2015:

Numerosas zonas de crecimiento regeneración de epitelio^(Figura 4). Tamaño: 4 x 6 cm.

Se desbridarán los restos no viables de epitelio en bordes de la lesión. Exudado moderado. Se cambia el copolímero acrílico para protección de bordes por pasta de Zinc al 30%. Protección del tendón de Aquiles con apósito de espuma con superficie de silicona. Se continúa con el mismo tipo de vendaje.



Figura 3.

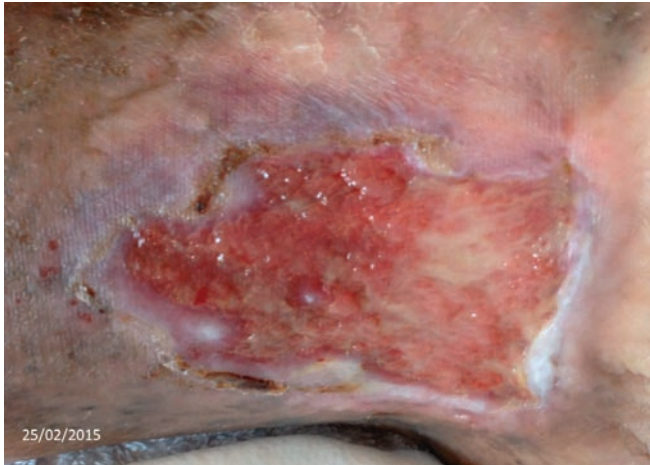


Figura 4.

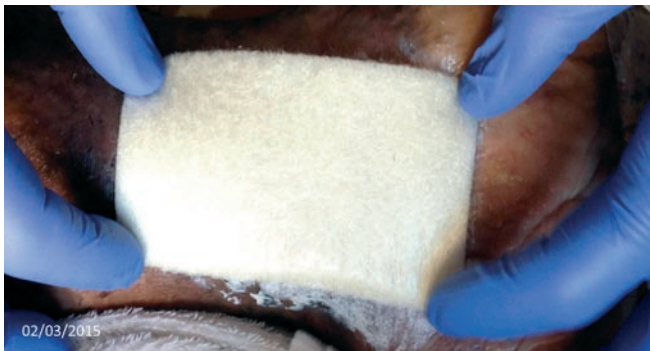


Figura 5.



Figura 6.

Fecha 02/03/2015:

Exudado más abundante^(Figura 5). Cambiamos apósito de Hidrofibra por alginato. Se cubre la piel perilesional con pasta de Zinc 30%. Vendaje de algodón, crepe y cohesiva.

Fecha 09/03/2015:^(figura 6)

Dado que la paciente ha tolerado bien los vendajes anteriores y el edema está disminuido, se decide empezar con terapia compresiva bicapa con vendajes elásticos preparados a tal efecto ("Urgo k2 ®"). Los apósitos siguen siendo los mismos y lavado con suero fisiológico 0,9%. Tamaño: 3'5 x 5 cm.

Fecha 13/03/2015:

Continuamos con la misma pauta de tratamiento. Cura cada 5 días.

Fecha 18/03/2015:

Buena epitelización desde los bordes. Tamaño: 3 x 2,5 cm. Continuamos con la misma pauta de tratamiento. Cura cada 5 días.

Fecha 23/03/2015:

Continúa la epitelización^(Figura 7). Ha reducido su tamaño en 0,5 cm, tanto de longitud como de anchura.

Fecha 27/04/2015 (Resolución del caso):

En esta fecha la úlcera se encuentra prácticamente cerrada^(Figura 8), midiendo la zona con deterioro de integridad cutánea 1,3 x 0,5 cm. Además, presenta lenguas de epitelización en el centro de la misma controlado el posible edema.

DISCUSIÓN

La intervención y las decisiones basadas en evidencia, aplicadas a nuestro caso clínico de úlcera venosa de miembro inferior, con una evolución tórpida durante 186 días, dio como resultado que en 90 días haya una resolución exitosa del caso y se procediera al alta por curación de la lesión.

Se realizó tratamiento de Cura en Ambiente Húmedo (recomendación B) y Terapia de compresión (recomendación B), tras medición del ITB (Índice Brazo Tobillo) como criterio diagnóstico (recomendación B). Cambio de Apósitos con plata cada 48-72 horas hasta control de la infección con apósitos con plata (recomendación A).

Como norma general, sin signos de infección, la limpieza de la herida se realizó con suero fisiológico al 0.9% (recomendación A), ya que no es recomendable el uso de antisépticos de forma rutinaria para la limpieza de lesiones crónicas (recomendación B).

La CAH y las recomendaciones basadas en la evidencia, permitieron espaciar la frecuencia de atenciones, oscilando esta, entre las 48-72 horas, cuando se trababa de controlar la infección, hasta los siete días cuando el lecho y características de la herida, así lo permitieron. Este hecho queda plasmado en que durante el periodo pre-intervención, la cual duró 189 días, se registraron 79 intervenciones con respecto al cuidado de dicha úlcera, lo que conlleva una atención media cada 57,6 horas. En contraste, durante los 90 días posteriores al comienzo de la intervención (hasta el alta del paciente), se registraron 19 intervenciones, lo que implica una intervención, de media, cada 114 horas.

CONCLUSIONES

- Los tratamientos de úlceras basados en la evidencia disponible y apoyado por guías de práctica clínica, constituyen un apoyo efectivo para la consecución del objetivo de restauración de la integridad cutánea.
- Se confirma, en este caso clínico, que el manejo de la úlcera de etiología venosa se debe apoyar en la terapia compresiva.
- La cura en ambiente húmedo, permite espaciar la frecuencia de cuidados de la úlcera y ahorrar tiempo y recursos.
- Las curas y elección del apósito se han de adaptar a las características de la herida para ser costo-efectivas.

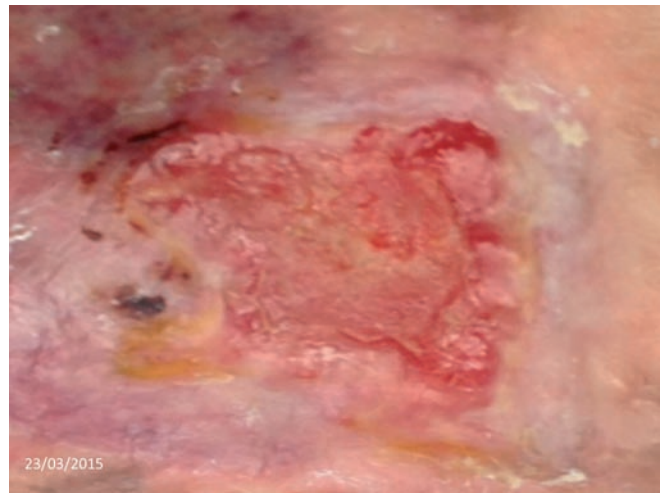


Figura 7.



Figura 8.

BIBLIOGRAFÍA

1. Generalitat Valenciana; Conselleria de Sanitat. Guía de Práctica Clínica de Enfermería: Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión y otras Heridas Crónicas. Valencia: Conselleria de Salut. Generalitat Valenciana; 2008. [Acceso septiembre de 2015]. Disponible en: http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/gpcENF_ULCERAS.pdf
2. Generalitat Valenciana; Conselleria de Sanitat. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. Valencia: Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana; 2013. [Acceso septiembre de 2015]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_520_Ulceras_por_presion_compl.pdf
3. Johnson M, Moorhead S, Bulechek GM, Butcher HK, Maas ML, Swanson E. Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y Diagnósticos Médicos: Soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados. Barcelona: Elsevier Health Sciences; 2012. p. 160-162.
4. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CH. (2013). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Barcelona: Elsevier Health Sciences; 2013. p. 134, 143.

MACERACIÓN PERILESIONAL EN UNA ÚLCERA POR PRESIÓN: LA MERBROMINA, UNA ALTERNATIVA EFICAZ.

PERILESIONAL SKIN MACERATION IN A PRESSURE ULCER: THE MERBROMIN, AN EFFECTIVE ALTERNATIVE

Autor: Andrés Roldán Valenzuela

Enfermero. Unidad de Heridas Crónicas del Distrito Aljarafe.
Sevilla Norte de Atención Primaria. Servicio Andaluz de Salud
Director Clínico de Ulceras.net.

Miembro del Grupo de Ulceras de la Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas.

Contacto: aroldanv@gmail.com

Fecha de recepción: 29/11/2015
Fecha de aprobación: 20/01/2016

RESUMEN

Las úlceras por presión y sus complicaciones siguen siendo un importante reto profesional. Se presenta un caso clínico de una úlcera por presión categoría IV que en su evolución presenta una importante maceración perilesional. El abordaje y resolución de este problema, generado por un exceso de exudado y la irritación de la piel que provocó en este caso la colagenasa, mediante la aplicación de merbromina al 2% en la piel dañada, constituye una alternativa que ha demostrado su seguridad, eficacia y rentabilidad.

Palabras clave: úlceras por presión, piel perilesional, exudado, maceración, antiséptico, merbromina.

ABSTRACT

The pressure ulcers and their complications remain an important professional challenge. A clinical case of a pressure ulcer category IV in its evolution presents major perilesional maceration. Addressing and resolving this problem caused by excessive exudate and skin irritation caused in this case collagenase, by applying 2% merbromin damaged skin, it is an alternative that has proven its safety, efficacy and profitability.

Key words: pressure ulcers, surrounding skin, exudate, maceration, antiseptic, merbromin.

INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión (UPP) se definen como un área de daño localizada en la piel y en los tejidos subyacentes causados por la presión, fricción o combinación de ambos. La prevalencia de esta patología oscila entre un 3% a un 66% dependiendo del paciente y de la patología que presenta. La presencia de úlceras por presión se asocia con un incremento de la morbilidad y mortalidad⁽¹⁾.

Las causas que desencadenan la aparición de estas lesiones pueden ser, en la mayoría de los casos, detectadas con antelación; el identificar los factores de riesgo es fundamental para aplicar las medidas preventivas, ya que una vez que aparece la úlcera, el problema es de complicado manejo.

La aparición de UPP es un proceso íntimamente ligado a los cuidados proporcionados por los profesionales de Enfermería, es el estamento sanitario más implicado y con más experiencia en este problema, constituyendo un área de cuidados específica tanto en lo que se refiere a su prevención, valoración o curación⁽²⁾.

Las UPP generalmente ocurren sobre prominencias óseas y son clasificadas en categorías de I a IV, según el grado de lesión tisular observado⁽³⁾.

El tratamiento de las úlceras varía su etiología, estado general del paciente y situación o aspec-

to de la lesión. Hay que tener presente que las UPP son un signo por lo general de una patología base dominante, que es la causante de la aparición de estas úlceras⁽⁴⁾.

La maceración de la piel perilesional es un problema frecuente durante el abordaje de las UPP, nos planteamos como objetivo comprobar la eficacia de la merbromina en su resolución.

CASO CLINICO

Hombre de 45 años con antecedentes de paraplejia de miembros inferiores de 12 años de evolución, obesidad mórbida, apnea del sueño, cardiopatía isquémica y trombo embolismo pulmonar de 2 años de evolución e incontinencia doble, con vida muy sedentaria en cama-silla de ruedas, que desarrolla úlcera por presión categoría IV en el talón derecho.

Evolución de la lesión: Con fecha 10 de enero 2014 el paciente presenta el aspecto que aparece en la imagen 1^(Imagen 1); se trata de una lesión que según refiere se produce tras mantener presión mantenida varias horas sin protección y con un exceso de humedad en el pie; a la exploración, se aprecia afectación epidérmica y sospecha de necrosis a nivel del calcáneo en un área de 4 x 4 cm, aunque aún es imposible conocer el alcance real. Esta situación es conocida en la literatura (National Pressure Ulcer Advisory Panel) como “Sospecha de lesión en los tejidos profundos – profundidad desconocida” definida como “Área localizada de color púrpura o marrón de piel decolorada o ampolla llena de sangre debido al daño de los tejidos blandos subyacentes por la presión y/o cizallamiento”.

Los pulsos periféricos están mantenidos, la temperatura y color de la piel perilesional son normales.

Es necesario en estas lesiones plantearse siempre un objetivo terapéutico, en este caso: “delimitar la necrosis”; para ello de entrada debe tratarse de forma conservadora y lo más importante evitar absolutamente la presión en la zona e ir comprobando como se delimita la afectación tisular (puede observarse ya en unas 48 h)^(Imagen 2).

La evolución durante las tres semanas siguientes fue hacia la completa delimitación de la necrosis, que además pasó de ser una escara estable, a una lesión con signos de fluctuación^(Imagen 3).



Imagen 1. UPP 10/2/14.



Imagen 2. UPP 12/2/14.



Imagen 3. UPP 4/3/14.



Imagen 4. UPP cat. IV 4/3/14 tras escarectomía.



Imagen 5. UPP con esfacelos 16/3/14.

La presencia de tejido desvitalizado o necrosado es un obstáculo para el proceso de cicatrización, ya que aumenta la probabilidad de infección y dificulta la cicatrización y la valoración del lecho de la úlcera. Para curar la úlcera es imprescindible eliminar este tipo de tejido mediante el desbridamiento, eligiendo en cada caso, la técnica de desbridamiento más conveniente⁽⁵⁾.

Las evidencias reflejan que es necesario desbridar las úlceras de talón con escara seca si presenta colección líquida por debajo (fluctuación o exudado)⁽⁶⁾.

Con fecha 4/3/14 se procede a una completa escarectomía (Imagen 4) mediante desbridamiento cortante en la consulta de enfermería en centro de salud. La intervención se realiza previo consentimiento informado del paciente y familia sobre los riesgos/beneficios esperados.

Tras la retirada de toda la necrosis se comprueba la verdadera afectación tisular que alcanza a tejido óseo, por tanto, estamos ante una úlcera por presión de categoría 4, que se define como pérdida de tejido de espesor completo con exposición del hueso, el tendón o el músculo, en la que pueden aparecer esfacelos o escaras, que incluye a menudo cavitación o tunelización, con hueso/músculo expuesto, visible o directamente palpable⁽⁷⁾.

La tendencia habitual de estas lesiones es a que en el lecho aparezcan esfacelos, es decir restos inflamatorios y necróticos de los tejidos (Imagen 5).

La presencia de tejido desvitalizado es habitual en las heridas crónicas; éste tejido contiene células y bacterias a consecuencia de la falta de vascularización, que impiden el proceso de cicatrización⁽⁸⁾.

Dado el aspecto de la lesión, en la que hay más de un 80% de tejido esfacelar, se decide comenzar con desbridamiento enzimático con colagenasa.

La colagenasa es una enzima proteolítica que tiene actividad selectiva para remover el tejido necrótico sin dañar el nuevo tejido de granulación formado y el tejido sano⁽⁹⁾.

Debe tener un contacto uniforme con la superficie de la herida; por consiguiente, se aplicará el ungüento homogéneamente en un espesor de aproximadamente 2 milímetros cada 24h⁽⁹⁾.

El desbridamiento enzimático, está basado en la aplicación local de enzimas exógenas, que funcionan de forma sinérgica con las enzimas endógenas, degradando la fibrina, el colágeno desnaturalizado, la elastina y favoreciendo el crecimiento del tejido de granulación. Es un método selectivo⁽¹⁰⁾, siendo combinable con otros métodos como el cortante o el autolítico.

Se recomienda aumentar el nivel de humedad en la herida para potenciar su acción y proteger la piel periulceral con películas barrera o pomadas de óxido de zinc, por riesgo de maceración. Los productos de desbridamiento enzimático pueden provocar irritación en la zona de piel alrededor de la úlcera⁽¹¹⁾.

En este caso el tratamiento con colagenasa se mantiene durante cuatro semanas seguidas^(Imagen 6) potenciándolo con la aplicación de un hidrogel y usando una espuma de poliuretano con adhesivo como apósito secundario.

Uno de los problemas que apareció en el transcurso del abordaje de la úlcera fue la aparición de maceración en la piel perilesional^(Imagen 7).

La piel perilesional es aquella que envuelve y rodea a la lesión, en las heridas crónicas la piel se suele encontrar expuesta a la acción de irritaciones, secreciones y exudados⁽¹²⁾.

En este caso la maceración pudo aparecer tanto por un exceso de exudado, por el uso de un apósito con reborde de hidrocoloide o por la propia colagenasa que en alguna ocasión pudiera haber irritado los bordes de la herida.

Imagen 7. UPP con maceración perilesional. 23/4/14

Los productos y compuestos destinados al abordaje de la perilesión son tan variados como sus peculiaridades, y cada uno de ellos mantiene unas indicaciones muy concretas y precisas.

Desde la industria farmacéutica se han desarrollado multitud de líneas y se han creado productos para el cuidado de la piel tanto perilesional como periestomal⁽¹³⁾.

En este caso que nos ocupa, para el abordaje de la piel macerada se decidió emplear Merbromina al 2%^(Imágenes 8 y 9).



Imagen 6. UPP 15/4/14.



Imagen 7. UPP con maceración perilesional 23/4/14.



Imágenes 8 y 9. Aplicación de merbromina 2% en la piel perilesional macerada 23/4/14.

La merbromina es un antiséptico para la piel y mucosas que formando una película o film permite la curación de la piel.

La aplicación de Merbromina al 2% una vez en cada cura, en este caso cada 48 horas, durante una semana, fue suficiente para recuperar la integridad cutánea^(Imagen 10).

La aplicación de Merbromina en los bordes macerados de la úlcera, no impide seguir aplicando el tratamiento tópico que en ese momento requería el lecho de la herida, incluso se puede decir que, mediante este método de abordaje de la maceración, el apósito secundario con reborde adhesivo se aplica sin dificultad, cosa que no ocurre en el caso de aplicar otros tratamientos perilesionales.

Se decidió la cura tópica de la perilesión con Merbromina al 2% ya que actúa de antiséptico y además forma una película que seca la piel, habiendo ya experiencia de su uso en estos casos de maceración en literatura publicada y existiendo una buena relación coste beneficio⁽¹⁴⁾.



Imagen 10. UPP 5/5/14. Controlada la maceración tras la aplicación de merbromina 2%.

DISCUSION

La merbromina ha sido frecuentemente utilizada en medicina como antiséptico de uso tópico en pequeñas heridas superficiales, quemaduras, grietas y rozaduras⁽¹⁵⁾. También se ha utilizado en la antisepsia de heridas de difícil cicatrización, como en úlceras neuropáticas y heridas del pie diabético⁽¹⁶⁾.

Las propiedades antisépticas de la merbromina fueron descubiertas por Hugh H. Young en 1918, mientras trabajaba en el Johns Hopkins Hospital⁽¹⁷⁾.

Las soluciones de merbromina siguen siendo un antiséptico importante, particularmente en países en desarrollo, debido a su bajo coste de adquisición⁽¹⁸⁾.

La complejidad del abordaje de una de las complicaciones típicas de estas lesiones, como es la maceración, viene dada por dos puntos clave: etiopatogenia y tratamiento.

Este tipo de maceraciones precisan de la instauración de protocolos adecuados para que intenten evitarse, con un adecuado control del exudado, evitando que, como en este caso, la colagenasa irrite los bordes de la herida y la posterior personalización de las curas locales.

En nuestro caso, la evolución de la maceración de la perilesión ha sido muy favorable, se ha corregido en una semana de tratamiento con merbromina tópica. Se consiguió el objetivo establecido del control de la piel perilesional, desde las primeras curas.

Por nuestra experiencia, podemos recomendar la utilización de Merbromina al 2% en lesiones por irritación o maceración perilesionales, formando una película o film que permite la curación de la piel. Permite adherir posteriormente un apósito adhesivo en caso necesario.

BIBLIOGRAFÍA

1. De Luis D, Aller R. Revisión sistemática del soporte nutricional en las úlceras por presión. *An Med Interna (Madrid)*. 2007; 24(7): 342-45.
2. Roldán Valenzuela A. Úlceras por presión: etiopatogenia. [Monográfico online]. *Úlceras.net*. [Consultado 10-11-2015]. Disponible en: <http://www.ulceras.net/monografico/109/97/ulceras-por-presion-etiotpatogenia.html>
3. Cañón Abuchar HM, Adarve Balcazar M, Castaño Duque AV. Prevención de las úlceras por presión en personas adultas hospitalizadas. *Guías ACOFAEN. Biblioteca Lascasas*. [online]. 2005; 1. [Consultado 10-11-2015]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0028.php>
4. Monsonís Filella B. Abordaje en las heridas de difícil cicatrización. [Tesis de grado]. Lleida: Facultad de Enfermería de la Universidad de Lleida; 2013.
5. Velasco M. Aspectos diagnósticos y terapéuticos de las úlceras de las piernas. *Actas Dermosifiliogr*. 2011; 102 (10): 780-90.
6. Tizón E, Pazos S, Álvarez M, Marcos MP, Quintela ME. Cura en ambiente húmedo en úlceras crónicas a través del Concepto TIME. Recomendaciones basadas en la evidencia. *Enferm Dermatol*. 2013; 7(20): 31-42.
7. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: Quick Reference Guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.
8. European Wound Management Association (EWMA). Position Document: Wound Bed Preparation in Practice. London: MEP Ltd; 2004.
9. Comité de Farmacia y Terapéutica del Hospital El Cruce-Alta Complejidad en Red, Varela F. Colagenasa-Cloranfenicol ungüento (Irujol®). Desbridamiento de heridas (úlceras por decúbito y quemaduras). *hospitalelcruce.org*. [online]. 2010. [Consultado 10-11-2015]. Disponible en: <http://farmacologiaclinica.blogs.hospitalelcruce.org/files/2013/01/inf-irujol-cfyf.pdf>
10. Falanga V. Wound bed preparation and the role of enzymes: a case for multiple actions of the therapeutic agents. *Wounds*. 2002; 14:47-57.
11. Bastida N, Crespo R, González J, Montoto MJ, Vedia C. Maneig de les úlceres per pressió en l'atenció primària. *Guides de pràctica clínica i material docent*. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2005. [Consultado 10-11-2015]. Disponible en: http://www.gencat.cat/ics/professionals/guies/ulceres_pressio/docs/guia_ulceres.pdf
12. Gago Fornells M, García Fernández FR. Cuidados de la Piel Perilesional. Madrid: Fundación 3M. Drug Pharma SL; 2006.
13. Sánchez-Mateos García J, Lozano-Gallego AI, Sánchez-Mateos Abengozar JL. Cuidado y tratamiento de la piel perilesional. *Triaje Enfermería Ciudad Real [revista online]*. 2013. [Consultado 10-11-2015]. Disponible en: http://www.enfermeriadeciudadreal.com/articulo_imprimir.asp?idarticulo=135&accion=
14. Davín Durbán I, Mateo Marín E. Colostomía espontánea: aplicación de terapia negativa tópica (VAC). *Enferm Dermatol*. 2009; 3(8): 20-5.
15. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Mercromina Film® (Laboratorio Lainco, S.A).Prospecto. Madrid: AEMPS [internet]. 2011. [Consultado 10-11-2015]. Disponible en: <http://medicamentos.ftb-reference.es/l/7406/Mercromina-Film>
16. Gaitan Enríquez J. Merbromina como tratamiento de elección en úlceras de pie diabético. *Clin Rural*. 1997 sep.; 497:1 [Separata].
17. Wilner I. The Man Time Forgot: A Tale of Genius, Betrayal, and the Creation of Time Magazine. New York (NY): Harper Collins; 2006.p. 230.
18. Mohite P, Bhatnagar A. Mercurochrome 1% as an antiseptic for burns: Economical-but is it efficacious and safe? *The Internet Journal of Surgery*. 2008; 21 (2): 1-9.

Páginas y grupos profesionales para el abordaje de úlceras y heridas en Facebook (I)

Autor: Luis Arantón Areosa.

Enfermero. Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol. Servizo Galego de Saúde
Máster en Deterioro de la Integridad Cutánea, Úlceras y Heridas

Contacto: luaranton@gmail.com

Estimad@s compañer@s y amig@s de ANEDIDIC, continuando con la línea del último artículo publicado en Derm@red: “Los profesionales y las redes sociales en el abordaje de úlceras y heridas”⁽¹⁾, queremos seguir dando a conocer algunos de los canales de intercambio de conocimientos a través de redes sociales, que nos permiten interactuar con otros profesionales, con pacientes, o con cuidadores^(2, 3).

Una de las redes sociales (RRSS) que más éxito ha cosechado es Facebook (<https://www.facebook.com/>); traducida a 70 idiomas, cuenta con más de 1.300 millones de miembros en todo el mundo, que se comunican y relacionan entre sí desde sus “muros”, a través de mensajes, fotos, vídeos o noticias.

Este potencial no ha pasado desapercibido a numerosos profesionales y expertos en deterioro de la integridad cutánea y heridas (y a sociedades científicas), que han aprovechado esta funcionalidad para la creación de numerosos grupos y redes⁽⁴⁾, para difusión de información, discusión o consulta de casos entre profesionales (y a veces pacientes o cuidadores).

Trataremos de identificar y proponer, las “páginas” “grupos” y “foros” que actualmente tienen mayor repercusión. Las páginas de Facebook relacionadas con heridas suelen ser utilizadas sobre todo por entidades, asociaciones o sociedades científicas, como vía de difusión y contacto con la comunidad interesada en este tema, mientras que los grupos y foros se utilizan sobre todo para propuesta, consulta y debate de casos clínicos (aunque no exclusivamente).

En esta primera parte del artículo, destacaremos algunas organizaciones, campañas y asociaciones científicas de interés en Facebook.

Revista Enfermería Dermatológica - Anedidic ^(Imagen 1), cuenta con más 3.400 seguidores y es el órgano de expresión de la asociación científica ANEDIDIC, (<https://www.facebook.com/RevistaEnfermeriaDermatologicaAnedidic/>). Revista científica especializada en el área de la piel, que se ocupa especialmente de promover la actualización, investigación y difusión de todos los aspectos relacionados con la enfermería dermatológica, abarcando desde las principales patologías clínicas, su impacto, cuidados y avances relacionados, hasta los cuidados de la piel y dermoestética en toda su amplitud y todo lo relacionado con la prevención y tratamiento del deterioro de la integridad cutánea, lesiones cutáneas, úlceras, heridas agudas, heridas crónicas y demás lesiones cutáneas o manifestaciones cutáneas de otras patologías.



Imagen 1 - Revista Enfermería Dermatológica - Anedidic
<https://www.facebook.com/RevistaEnfermeriaDermatologicaAnedidic/>



Imagen 2 - Debra. Piel de Mariposa
<https://www.facebook.com/PieldeMariposa/timeline>



Imagen 3 - Stop Úlceras por Presión.
<https://www.facebook.com/groups/stopupp>



Imagen 4 - Elcos (Sociedade Portuguesa de Feridas)
<https://www.facebook.com/Elcos-130030350385833/>



Imagen 5 - Amcichac Mexico
<https://www.facebook.com/Amcichac-Mexico-791279567682347>

“Debra. Piel de Mariposa”(Imagen 2), sitio oficial de la Asociación de Epidermolisis Bullosa (EB) de España, (<https://www.facebook.com/PieldeMariposa/timeline>), entidad sin ánimo de lucro formada por personas afectadas por EB, profesionales socio-sanitarios y colaboradores. Cuenta con más de 7.500 seguidores y pertenece a la Red Internacional de E.B. Debra Internacional y es miembro fundador de DEBRA Europa; también forma parte de la Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER) y de la plataforma Europea de enfermedades raras Eurordis. En su página Web (<http://www.pieldemariposa.es>), disponen de completa información.

“Stop Úlceras por Presión”(Imagen 3), con más de 3.500 miembros, conforma un espacio divulgativo (<https://www.facebook.com/groups/stopupp>) que pretende servir como campaña de concienciación pública sobre el problema de las úlceras por presión, cuidadores y personas con riesgo de padecer este problema. Campaña y grupo promovido desde el GNEAUPP, “Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas” (<http://gneaupp.info/>), que a su vez también dispone de espacio específico en Facebook (<https://www.facebook.com/GNEAUPP/>), con el objeto de concienciar a la sociedad, para conseguir disminuir su incidencia y prevalencia, así como colaborar en la génesis, discusión y difusión de conocimiento científico que permita desarrollar una práctica asistencial integral basada en las últimas evidencias científicas.

“Elcos”(Imagen 4), con más de 4.900 miembros, corresponde a la sociedad científica portuguesa (<https://www.facebook.com/Elcos-130030350385833/>). La “Sociedade Portuguesa de Feridas”, tiene como interés promover el debate, la formación y la investigación en el ámbito de la prevención y tratamiento de las heridas. Dispone de página Web donde se puede ampliar la información (<http://sociedadeferidas.pt/>).

“Amcichac México”(Imagen 5), con más de 3.300 seguidores, corresponde a la Asociación mexicana para el cuidado y cicatrización de heridas, (<https://www.facebook.com/Amcichac-Mexico-791279567682347>) cuya misión es promover la atención integral de calidad y el acceso a tratamiento de heridas y estomas, a través de la profesionalización del personal de salud, in-

ciendo en políticas públicas, capacitación e investigación, para mejorar de forma significativa la calidad de vida del paciente. Su página Web es: (<http://amcichac.org.mx/>).

“Úlceras por Presión en Pediatría en los CTI de Uruguay”(Imagen 6), (<https://www.facebook.com/UlcerasPorPresionEnPediatriaEnLosCtiDeUruguay/>). Activa desde hace apenas 2 años, cuenta con 2.118 seguidores. Desde su muro lanzan una solicitud de ayuda: “En nuestro país no tenemos cuantificado el problema; hoy estamos encaminados a revertir esa realidad y es tarea de muchos. Te necesitamos”. Trata de evidenciar el gran problema que suponen las úlceras por presión en pediatría.

“Sociedad Científica Ecuatoriana de Úlceras y Heridas”(Imagen 7), con solo 85 seguidores, aspira a aglutinar a los profesionales de la salud interesados en el cuidado de pacientes con heridas crónicas (<https://www.facebook.com/Sociedad-Cientifica-Ecuatoriana-de-%C3%A9Alceras-y-Heridas-408909175924923/>) del país.

“Cátedra Hartmann de Integridad y Cuidado de la Piel”(Imagen 8), con 381 seguidores, <https://www.facebook.com/C%C3%A9tedra-Hartmann-de-Integridad-y-Cuidado-de-la-piel-526160780758051/>, está constituida por un colectivo de investigadores, docentes y profesionales multidisciplinar e intercomunitario de toda España, en el campo de la integridad y cuidado de la piel. Integra el “Máster Oficial en Deterioro de la Integridad Cutánea” de la “Universidad Católica de Valencia”. Entre sus objetivos están:

- La investigación en la prevención y tratamientos de lesiones cutáneas derivadas por patologías o por agentes externos como la humedad o la presión.
- La divulgación de las investigaciones en revistas científicas, congresos, jornadas especializadas y en publicaciones propias.
- Asesoramiento a nivel de educación para la salud a todas aquellas asociaciones de pacientes que así lo necesiten y requieran
- Promocionar nuevos proyectos de investigación, (I+D+I, tesis,...)sobre los cuidados de la piel
- La formación desde la Cátedra se centrará en la investigación del cuidado de la piel, principalmente en lesiones de úlceras y estudiar de qué forma tópica se pueden tratar.

Dispone de página Web oficial (<https://www.ucv.es/hartmann/>)



Imagen 6 - Úlceras por Presión en Pediatría en los CTI de Uruguay <https://www.facebook.com/UlcerasPorPresionEnPediatriaEnLosCtiDeUruguay/>



Imagen 7 - Sociedad Científica Ecuatoriana de Úlceras y Heridas <https://www.facebook.com/Sociedad-Cientifica-Ecuatoriana-de-%C3%A9Alceras-y-Heridas-408909175924923/>



Imagen 8 - Cátedra Hartmann de Integridad y Cuidado de la Piel <https://www.facebook.com/C%C3%A9tedra-Hartmann-de-Integridad-y-Cuidado-de-la-piel-526160780758051/>

Deseamos que esta información resulte de utilidad; y como siempre, agradecer vuestra atención y pediros que nos hagáis llegar sugerencias sobre aquellos contenidos que os gustaría se abordasen en Derm@red, a la dirección: luaranton@gmail.com.

Gracias por estar ahí.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arantón-Areosa L. Los profesionales y las redes sociales en el abordaje de úlceras y heridas. *Enferm Dermatol.* 2015; 9(26):60-62
2. Arantón-Areosa L. Prescribir Links y Apps fiables. Empoderar a los pacientes. *Enferm Dermatol.* 2014; 8(22):44-49
3. Fernández-Salazar S, Ramos-Morcillo AJ. Prescripción de links y de aplicaciones móviles fiables y seguras, ¿estamos preparados para este nuevo reto?. *Evidentia* 2013 abr-jun;10(42). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n42/ev4200.php>
4. Landete-Belda L. Las Heridas en las redes sociales: cayendo en la era 2.0. *Enferm Dermatol.* 2015; 9(24):46-53

IMPACTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN LA MORTALIDAD

Fecha de recepción: 06/01/2016
Fecha de aceptación: 29/03/2016

Sr. Director

En la actualidad, la longevidad se ha incrementado de forma espectacular, encontrándonos con un aumento de la esperanza de vida que está directamente relacionado con el incremento de la prevalencia de muchas enfermedades crónicas. Por tanto, la esperanza de vida se ha convertido en uno de los principales indicadores que reflejan las consecuencias de las políticas sanitarias, sociales y económicas de un país; siendo el descenso de la mortalidad, el factor que más ha incidido en el aumento de esta esperanza de vida⁽¹⁾. Como consecuencia, la sanidad está pasando de ser un proceso reactivo, cuando la enfermedad es clínicamente evidente, a uno proactivo, en el que se espera que la intervención temprana reduzca el impacto de la enfermedad o incluso su desarrollo.

Este cambio de focalización, manifiesta una atención hacia un mayor número de personas sin morbilidad o con poca carga de morbilidad. La finalidad lógica de este proceso es proporcionar medidas de prevención a toda la población; sin embargo, la escasa proactividad pasada-presente se plasma en un gran número de pacientes de edad avanzada con enfermedades de larga evolución. Atendiendo a esta situación, y teniendo en cuenta que las úlceras por presión son un problema importante asociado con la morbilidad y mortalidad en los mayores, el objetivo de este artículo es concienciar de la importancia de estas úlceras no sólo en la morbilidad y calidad de vida, sino también como causa de muerte en los pacientes.

Sabemos que las úlceras por presión (UPP) reducen la calidad de vida de los pacientes y se asocian con una mayor morbilidad y aumento de los costes de la atención sanitaria. Sabemos además, que el desarrollo de una úlcera por presión, se estableció como un indicador de la calidad de la atención de la salud. A pesar de ello, existe una insuficiente conciencia de la importancia de prevenirlas, hecho que puede ser en parte, atribuible a la falta de evidencia empírica sobre las repercusiones clínicas potencialmente graves o de su posible asociación con el aumento del riesgo de mortalidad. De hecho, aunque numerosos estudios han demostrado que las úlceras aumentan

la morbilidad de los pacientes, pocos estudios han investigado el impacto de las úlceras por presión en la mortalidad de los pacientes y éstos también han informado de resultados contradictorios; encontrándonos que algunos las identifican como una causa directa de muerte y otros como un signo de una enfermedad subyacente, que resulta en un mayor riesgo de complicaciones y por lo tanto en un aumento de la mortalidad⁽²⁾.

Así, los factores de riesgo para la mortalidad se han explorado para múltiples poblaciones, sin embargo, estos estudios de mortalidad no han mirado la existencia previa de una úlcera por presión. De este modo, un estudio demostró que no todas las variables asociadas con la mortalidad en otras poblaciones estaban asociadas con la mortalidad en la población con úlceras por presión⁽³⁾.

Otra investigación reportó que los principales predictores de muerte en el hospital de nonagenarios eran el infarto agudo de miocardio, las enfermedades malignas, las úlceras por presión, la insuficiencia respiratoria aguda, y las infecciones agudas. Y que uno de cada tres pacientes con más de dos complicaciones moría durante su admisión⁽⁴⁾.

Otro estudio, realizado en pacientes domiciliarios, reportó que las variables que predijeron de forma independiente la muerte, eran el sexo masculino, la comorbilidad, la existencia de las úlceras por presión y el número de ingresos hospitalarios el año antes de la evaluación inicial⁽⁵⁾.

En otra investigación, en pacientes hospitalizados, controlando la edad, se mostró que los pacientes con una úlcera por presión tenían un aumento de riesgo (3,6 veces superior) de morir durante los próximos 21 meses, en comparación con los que no tenían úlceras. Esto reflejó que la edad avanzada puede aumentar el riesgo de úlceras por presión, pero también que la presencia de una úlcera, aumentaba el riesgo de muerte, independientemente de la edad. También encontró que los instrumentos de valoración de riesgo de úlceras por presión, como la escala modificada de Norton, no se utilizaban de forma coherente⁽⁶⁾.

En otro estudio, con residentes de hogares de ancianos, las úlceras por presión infectadas y la neutrofilia, se asociaron independientemente con un mayor riesgo de mortalidad, apareciendo una mortalidad alta (66%), con un período de seguimiento medio de sólo 12 semanas. En este estudio, se asoció significativamente la presencia de UPP en etapa 4, con el aumento de la mortalidad en comparación con las UPP en etapa 2. También, las UPP en etapa 4 fueron fuertemente correlacionadas con la aparición de la infección, lo que explica el aumento de la susceptibilidad a las infecciones. Aunque la infección de úlceras por presión fue estrechamente asociada con el recuento de neutrófilos, la neutrofilia continuó siendo un predictor significativo de la mortalidad en pacientes con úlcera de presión. Por otra parte, la hipoalbuminemia también se asoció con una mayor mortalidad en los pacientes con úlceras por presión. Otros factores asociados a una mayor mortalidad en pacientes con úlceras fueron: Incontinencia urinaria, pacientes encamados y valoraciones de alto riesgo en la Escala de Braden⁽⁷⁾.

Como se refleja en estos estudios, las úlceras por presión son un importante problema de salud y un factor a tener en cuenta en la mortalidad de pacientes vulnerables. A lo que hay que añadir que esto es solo la punta del iceberg pues la falta de registros sobre heridas, así como la variedad e infravaloración de estas úlceras, al cumplimentar los certificados de defunción en nuestro país, puede no reflejar esta realidad.

En relación a las úlceras por presión, es evidente que la prevención es extremadamente beneficiosa para los pacientes, se considera que un 95% son evitables⁽⁸⁾. Sin embargo, el coste de algunos de los equipos utilizados para la prevención puede ser alto, y por lo tanto, el equilibrio entre el nivel óptimo de disposición, los efectos de la prevención y los fondos disponibles se puede volver crítico. Por consiguiente, un mecanismo de selección para adecuarse mejor a los pacientes susceptibles de recursos es esencial. De este modo, al mirar otros problemas de salud, podemos ver que el cribado es de vital importancia para disminuir su morbilidad y mortalidad, como es el caso de las enfermedades del sistema circulatorio, principal causa de muerte en España en los últimos años, donde se puede apreciar una disminución de las defunciones en relación a esta causa (Figura 1).

En oposición, las muertes debidas a enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo van en aumento (Figura 2). Encontrando que de las 1.290 defunciones registradas en el año 2013, 361 se debieron a infecciones de la piel y 802 a úlceras. Aunque su prevalencia es mucho menor al ejemplo anterior, hay que recordar que éstas son prevenibles en su mayoría.

Otro ejemplo, es el progreso en la reducción de daños por la infección del torrente sanguíneo asociado a una vía central o la neumonía asociada a la ventilación mecánica⁽⁹⁾. De aquí, que un programa de seguridad integral del paciente, podría reducir significativamente el daño prevenible, repercusiones económicas y sociales, así como la morbimortalidad. Se podría realizar una detección de daños basada en un sistema de reporte de eventos, herramientas de activación, intervenciones y el análisis de quejas y reclamaciones. Así, para un error de medicación hay un sistema de notificación, sin embargo cuando no se toman las medidas necesarias y se produce una lesión cutánea, ésta no suele notificarse; lo que puede deberse a que a veces no se considera un gran acontecimiento, o que incluso se asumen como aspectos inevitables o sin remedio.

También, en atención primaria se podría incluir dentro del "Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud", considerando la prevención en atención domiciliaria.

Por tanto, existen diferentes predictores de mortalidad en pacientes con UPP, dada su alta carga de grave enfermedad aguda y crónica, alteración estado funcional y elevado riesgo de sepsis debido a infección de la herida. De aquí que, estudios previos hayan demostrado que el desarrollo de UPP aumenta la mortalidad, pero la evidencia ha sido contradictoria sobre si las úlceras por presión se asocian independientemente con la mortalidad. Sin embargo, las complicaciones de las úlceras por presión, como la infección o septicemia han demostrado consis-



Figura 1. Defunciones a causa de enfermedades del sistema circulatorio en ambos sexos de todas las edades. (Fuente: INE <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=6609>)



Figura 2. Defunciones a causa de enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo en ambos sexos de todas las edades. (Fuente: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=6609>).

temente estar independientemente asociados con la mortalidad⁽⁷⁾. Por ello, al llevar a cabo los planes de asesoramiento, tratamiento o pronóstico, el equipo puede considerar terapias más intensas o agresivas, a través de protocolos de tratamiento de úlceras por presión para controlar este riesgo. Considerando que el tiempo de supervivencia puede afectar a la relación beneficio-riesgo de las intervenciones que mejoran la curación de la herida a costa de la morbilidad relacionada con el procedimiento y los efectos adversos potenciales⁽³⁾.

En definitiva, se requieren más estudios para comprender la heterogeneidad dentro de esta población, con el fin de adaptar los planes de tratamiento de pacientes en diferentes escenarios clínicos globales.

Autores: María Jesús Samaniego Ruiz ⁽¹⁾, Miguel Javier Martínez Varón ⁽²⁾

(1) Escuela de Doctorado. Universidad Católica de Valencia "San Vicente Mártir"

(2) Consultorio de Atención Primaria de Caniles. Servicio Andaluz de Salud

Contacto: mjsamaniego@mail.ucv.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Abellán García A, Vilches Fuentes J, Pujol Rodríguez R. Un perfil de las personas mayores en España, 2014. Indicadores estadísticos básicos. Madrid, Informes Envejecimiento en red [Internet]. 2014 [citado el 8 noviembre de 2015]; 6. Recuperado a partir de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos14.pdf>
2. Manzano F, Pérez-Pérez AM, Martínez-Ruiz S, Garrido-Colmenero C, Roldan D, Jiménez-Quintana MM, et al. Hospital-acquired pressure ulcers and risk of hospital mortality in intensive care patients on mechanical ventilation. *J Eval Clin Pract.* 2014; 20: 362-368.
3. Flattau A, Blank AE. Risk factors for 90-day and 180-day mortality in hospitalised patients with pressure ulcers. *Int Wound J.* 2014; 11: 14-20.
4. Barba R, Marco Martínez J, Zapatero A, Plaza S, Losa JE, Canora J, et al. Mortality and complications in very old patients (90+) admitted to departments of internal medicine in Spain. *European Journal of Internal Medicine.* 2011; 22: 49-52.
5. Gené Badia J, Borràs Santos A, Contel Segura JC, Ascaso Terén C, Corredoira González L, Limón Ramírez E. Predictors of mortality among elderly dependent home care patients. *BMC Health Services Research* [Internet]. 2013 [citado el 30 agosto de 2015]; 13: 316. Recuperado a partir de: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/316>
6. Leijon S, Bergh I, Terstappen K. Pressure Ulcer Prevalence, Use of Preventive Measures, and Mortality Risk in an Acute Care Population. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2013; 40(5): 469-474.
7. Khor HM, Tan J, Saedon NI, Kamaruzzaman SB, Chin AV, Poi JH, et al. Determinants of mortality among older adults with pressure ulcers. *Arch Gerontol Geriatr.* 2014; 59 (3): 536-41.
8. Generalitat Valenciana; Conselleria de Sanitat. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. Valencia: Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana; 2013.
9. Brilli RJ, McClead RE, Crandall WV, Stoverock L, Berry JC, Wheeler TA, et al. A Comprehensive Patient Safety Program Can Significantly Reduce Preventable Harm, Associated Costs, and Hospital Mortality. *J Pediatr.* 2013; 163 (6): 1638-45.