

Úlceras de piel y pacientes en final de vida (Estudio comparativo con un grupo control de inmovilizados no terminales)¹

E. OLTRA RODRÍGUEZ, M^a. A. BUSTO TOYOS, M^a. J. CUEVAS FALAGÁN, C. GONZÁLEZ ALLER, M^a. P. SÁNCHEZ QUIROGA

Enfermeras/los del Centro de Salud de Llanera. Asturias

RESUMEN

Objetivo: Conocer la evolución del riesgo de úlceras por presión (UPP) en un grupo de pacientes terminales, en comparación con un grupo de pacientes inmovilizados no terminales.

Método: Se estudió una población de 48 pacientes inmovilizados de los cuales 15 entraron en fase terminal, a los que se evaluó su estado de la piel y su riesgo de UPP mediante las escalas de Braden y de Norton modificada, al inicio del estudio y a los 6 meses o al éxitus si éste se producía antes.

Resultados: El número de inmovilizados no terminales que presentaron UPP se duplicó y en los inmovilizados terminales se multiplicó por 8. Respecto al riesgo, éste se incrementó en 0,8 puntos en la población de pacientes inmovilizados y en 3 puntos en los terminales según la escala Norton modificada. Según la escala Braden el incremento fue de 0,8 puntos entre los inmovilizados y de 3,3 en los terminales.

Conclusiones: En la población estudiada en el presente trabajo se confirma la existencia de mayor riesgo de sufrir úlceras por presión en los pacientes terminales que en los inmovilizados no terminales.

Med Pal 2001; Vol. 8, pp. 120-125

PALABRAS CLAVE:

Atención primaria. Enfermeras comunitarias. Úlceras por presión. Cuidados paliativos. Cuidados de la piel. Cuidadores. Pacientes inmovilizados. Escala de Norton. Escala de Braden.

ABSTRACT

Objective: To know the evolution of the risk of decubitus ulcers (DU) in a group of terminal patients, comparing them with a group of non-terminal bed rest patients.

Method: Study of a group of 48 bed rest patients, 15 of which entered terminal phase, whose skin state and their risk of developing DU was evaluated through Norton modified and Braden scales, at the beginning of the study and at 6 months or decease if happened before.

Results: The number of non-terminal bed rest patients who presented DU was doubled and in the terminal bed rest ones was multiplied by 8. In reference to the risk, it was increased in 0.8 points in the group of bed rest patients and in 3.3 in terminal ones.

Conclusions: It is confirmed in the group studied in this research the existence of a greater risk of suffering decubitus ulcers in terminal patients than in non-terminal bed rest ones.

KEY WORDS:

Primary attention. Community health nursing. Decubitus ulcer. Palliative care. Skin care. Caregivers. Bed rest patient. Norton scale. Braden scale.

INTRODUCCIÓN

La prevención y el tratamiento de las úlceras por presión en los pacientes inmovilizados es uno de los grandes campos de actuación de los profesionales que componen los equipos sanitarios, especialmente de las enfermeras, tanto en los hospitales como en la atención primaria de salud (APS). Tanto la eficacia de la prevención,

como la calidad del tratamiento se consideran criterios de valoración de la calidad global de los cuidados.

La valoración del riesgo de UPP, cuantificado mediante escalas, siempre se ha tenido como un importante instrumento para planificar las medidas de prevención (1).

Sin embargo, en los pacientes terminales o en final de vida la realidad puede ser otra y la prevención primaria una utopía frustrante para los cuidadores, por no obtener con ella los resultados deseados. Clásicamente se ha postulado que en la aparición de UPP existen factores sistémicos como son los trastornos inmunológicos, las alteraciones en el transporte de oxígeno, las deficiencias nutricionales, las alteraciones de la eliminación, etc. y otros factores locales más específicos de la piel como son el déficit de perfusión

Aceptado: Junio 2001

¹El presente trabajo ha obtenido el 2º Accésit en la convocatoria al VII Premio de Investigación en Enfermería del Hospital Central de Asturias (Mayo 2000).

cutánea o de hidratación... (1-3). En los pacientes en final de vida confluyen un gran número de factores de riesgo debido al gran deterioro físico general que sufren.

Señalar que Waterlow en su índice de riesgo de úlcera por presión, da una gran importancia a la situación de terminalidad, valorando con 8 puntos lo que él denomina estado terminal, frente a los 3 puntos que adjudica a la doble incontinencia o a los 4 que atribuye a la movilidad nula, entre otros (2).

En la práctica clínica cotidiana, es frecuente ver cómo muchos profesionales, de forma empírica, consideran la aparición o empeoramiento importante de las úlceras por presión en pacientes terminales, un indicio de final cercano, partiendo del supuesto de que la persona esté recibiendo unos cuidados adecuados.

OBJETIVOS

1. Estudiar el estado de la piel de los pacientes que entraron en etapa final de vida dentro de la población general de pacientes inmovilizados.

2. Comparar el estado de la piel y su evolución entre la subpoblación de pacientes inmovilizados que fallecieron respecto a los que sobrevivieron al periodo del estudio.

3. Estudiar el estado de la piel como signo de situación terminal y como factor de mortalidad.

PACIENTES Y MÉTODO

ÁMBITO Y DISEÑO

El estudio se realizó en una población mixta rural/semi-urbana, correspondiente a la zona básica de salud del municipio de Llanera-Asturias, que cuenta con unos 11.000 habitantes y cuya atención sanitaria está a cargo de un equipo de atención primaria en funcionamiento desde hace 15 años. Este estudio fue realizado por un equipo de 5 enfermeras.

Se identificó a los pacientes inmovilizados de la zona básica de salud en un corte transversal y que resultaron ser 48. Se elaboró un cuestionario que recogiese sus características (Apéndice 1). Se les hizo un seguimiento del estado de la piel y del riesgo de padecer UPP mediante las escalas Norton modificada y Braden (1,2,4,5-8). De estos pacientes, 33 fueron evaluados a los seis meses y 15 al éxitus. En función de esta característica la población total es dividida en dos grupos: grupo de pacientes terminales, aquéllos que fallecieron antes de los seis meses que dura el estudio habiendo pasado por un estado diagnosticado como terminal y grupo de pacientes que no terminales, que sobrevivieron a la duración del estudio y que no entraron en estado terminal.

Tanto los pacientes inmovilizados como los terminales se clasificaron siguiendo las definiciones de Cartera de Servicios del INSALUD (Apéndice 2).

Se excluyeron aquellos pacientes que:

—Al inicio del estudio presentaban un pronóstico de paciente terminal.

—Su inmovilidad tuviese una causa psico-social, que

impidiera su desplazamiento autónomo fuera de sus hogares, pero que no les limitase su movilidad física normal.

—Residiesen en una institución y no en su domicilio o en el de algún familiar.

Hay que señalar que de los 48 pacientes que se comenzó a evaluar al inicio del estudio, los 15 que entraron en fase terminal fallecieron antes del final del mismo (6 meses).

ESTADÍSTICA

Se ha realizado el siguiente análisis estadístico:

—Una descripción univariante de las características generales de la población mediante porcentajes y medias con desviación estándar (DS).

—Un análisis bivariado, teniendo en cuenta los dos subgrupos por un lado y el conjunto de variables potencialmente diferenciadoras por otro (características de los sujetos). Igualmente se ha estudiado la existencia de asociación estadística entre subgrupo y estado de la piel. Para ello se han utilizado las pruebas de Chi cuadrado (el nivel de significación es de $p < 0,05$) y t de Student.

—Finalmente se valoró la concordancia entre las escalas utilizadas mediante el coeficiente Kappa.

El análisis estadístico se ha realizado mediante el programa informático SPSS.

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DE LOS SUJETOS

En la población total estudiada al inicio de las valoraciones, cabe destacar las siguientes características generales:

—Predominaba la inmovilización tipo cama/sillón sin desplazamiento o con desplazamiento mínimo (70,8%), frente al encamamiento total (10,4%) y a la silla de ruedas sin autonomía de movimiento (18,7%).

—El 33,3% había tenido algún episodio de UPP antes del estudio.

—El cuidador informal principal era de sexo femenino (cuidadora) en un 91,7% de las ocasiones (hija: 37,5%, nuera: 14,5%, esposa: 6,2% y otras: 51,8%).

—El cuidador informal secundario también era femenino en un 50%, frente a un 31,2% masculino. Destacando que un 18,8% de los inmovilizados no tenían ningún cuidador secundario, con la sobrecarga de trabajo que esto supone para el cuidador primario.

—El nivel sociocultural del grupo se podría distribuir: 0% muy alto o muy bajo, 8,3% alto, 47,9% medio/alto, 35,4% medio/bajo y 8,3% bajo.

De los 48 pacientes que componían la muestra total que se comenzó a estudiar, 15 fueron los que fallecieron en el periodo que duró el estudio y 33 llegaron al final de los seis meses siendo inmovilizados no terminales.

Respecto a la distribución por sexos, entre los terminales había un 26,7% de hombres y un 73,3% de mujeres y entre los inmovilizados 32,9% hombres y 77,1% mujeres.

Ni en el sexo, ni en la edad se encontraron diferencias estadísticas entre ambas subpoblaciones (sexo, $p = 0,35$; edad, $p = 0,69$).

APÉNDICE 1: CUESTIONARIO INICIAL

Iniciales Clave hria. Clave profesional
 Edad Sexo
 N° de patologías (actuales) N° de tratamientos (actuales)
 Tiempo de inmovilización

- Tipo de inmovilización
- encamado
 - cama/sillón sin desplazamiento
 - cama/sillón con desplazamiento mínimo
 - silla de ruedas

- Antecedentes de úlceras por presión
- sí
 - no

- Estado actual de la piel
- Íntegra
 - Seca/deshidratada
 - Edematosa/eritematosa
 - Ulcerada (cualquier estadio)

Cuidador informal principal:
 Otros cuidadores principales:

- Nivel socioeconómico familiar:
- Muy alto
 - Alto
 - Medio-alto
 - Medio-bajo
 - Bajo
 - Muy bajo

Fecha:

VALORACIÓN DEL RIESGO DE UPP (ESCALAS NORTON MODIFICADA Y BRADEN)

Iniciales Clave hria.

Fecha	Norton mod.		Braden		Estado piel	Observ.
	Puntos	Riesgo	Puntos	Riesgo		
1ª valoración:						
2ª valoración:						

Norton mod.	Braden
<11 Muy alto riesgo	<12 Alto riesgo
12-14 Riesgo evidente	13-14 Riesgo moderado
>14 Riesgo mínimo	>15 Bajo riesgo

APÉNDICE 2: DEFINICIONES CARTERA DE SERVICIOS INSALUD

Paciente terminal:	Persona que presenta una enfermedad avanzada, progresiva e inevitable y con pronóstico de vida inferior a 6 meses.
Paciente inmovilizado:	Personas que pasan la mayor parte de su tiempo en la cama (que sólo pueden abandonar con la ayuda de otras personas) y personas con dificultad importante para desplazarse (que les impide salir de su domicilio, salvo casos excepcionales), independientemente de la causa y que el tiempo previsible de duración de esta dificultad sea superior a dos meses.

Tampoco ambos grupos eran estadísticamente diferentes en los siguientes parámetros estudiados:

—Número de patologías encontradas en terminales $\bar{x}=4,68$ (DS 1,8) y en no terminales $\bar{x}=4,31$ (DS 1,8), siendo $p=0,51$.

—Número de tratamientos farmacológicos que realizaban los pacientes terminales $\bar{x}=3,37$ (DS 1,7) y los no terminales $\bar{x}=3,53$ (DS 2,6), siendo $p=0,92$.

—Tiempo de inmovilización de los terminales $\bar{x}=28,4$ meses (DS 30,8) y de los inmovilizados $\bar{x}=47,5$ meses (DS 36,8), siendo $p=0,06$.

—Cuidador principal ($p=0,28$) y secundario ($p=0,17$), nivel socioeconómico ($p=0,23$), tipo de inmovilización ($p=0,08$), antecedentes de UPP ($p=0,10$).

La única variable que apareció con una diferencia entre ambas subpoblaciones estadísticamente significativa fue el tipo de inmovilización, con una $p=0,014$. Que quizás responda a la mayor gravedad del proceso terminal, con el mayor encamamiento que eso supone.

COMPARACIÓN DEL ESTADO DE LA PIEL EN AMBAS SUBPOBLACIONES

A continuación se puede observar cómo ambas subpoblaciones al inicio del estudio eran similares tanto en porcentajes de estado de la piel (íntegra/alterada en relación con las UPP) como en las puntuaciones obtenidas en las escalas de Braden y de Norton (Tablas I, II y Figs. 1-4).

En la valoración inicial, la piel estaba íntegra en un 78,7% en la población que no falleció y en un 66,6% en la que fue éxitus. En la valoración final (a los 6 meses o al éxitus, si éste ocurrió antes), la piel estaba íntegra en un 81,8% en la primera población, lo cual supone que había mejorado en un 3,1% de los pacientes, pero había descendido hasta un 40,0% en la segunda población, lo que significa que había empeorado en un 26,6% de estos pacientes terminales en el momento de su fallecimiento (Fig. 1, Tabla I).

TABLA I
COMPARATIVA DEL ESTADO DE LA PIEL EN POBLACIÓN ÉXITUS/NO ÉXITUS

Estado de la piel	Al inicio		Al final (a los 6 meses o al éxitus)	
	Población no éxitus	Población éxitus	Población no éxitus	Población éxitus
Íntegra	78,7%	66,6%	81,8%	40,0%
Alteraciones leves (seca, eritema,...)	18,0%	26,6%	12,0%	6,6%
Ulcerada	3,0%	6,6%	6,0%	53,3%

TABLA II
COMPARATIVA DE LAS ESCALAS DE VALORACIÓN EN POBLACIÓN ÉXITUS/NO ÉXITUS

Escala de valoración	Al inicio		Al final (a los 6 meses o al éxitus)	
	Población no éxitus	Población éxitus	Población no éxitus	Población éxitus
Norton (\bar{X})	14,1	13,8	13,3	10,8
Braden (\bar{X})	16,5	16,5	15,7	13,2

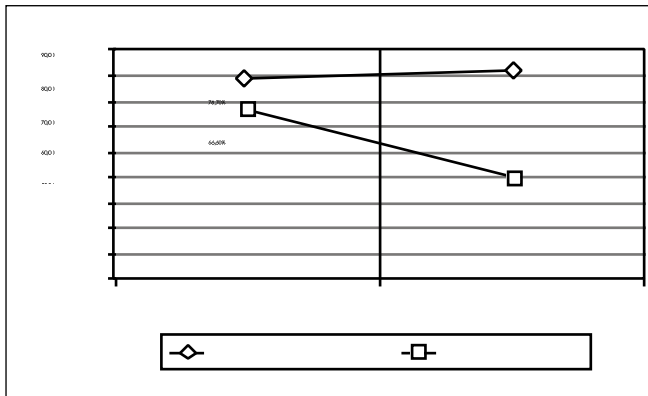


Fig. 1. Piel íntegra.

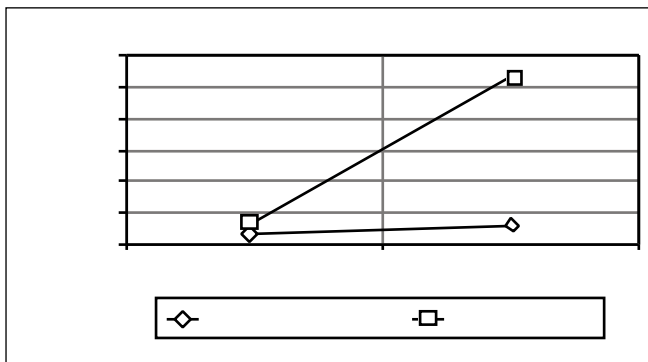


Fig. 2. Piel ulcerada.

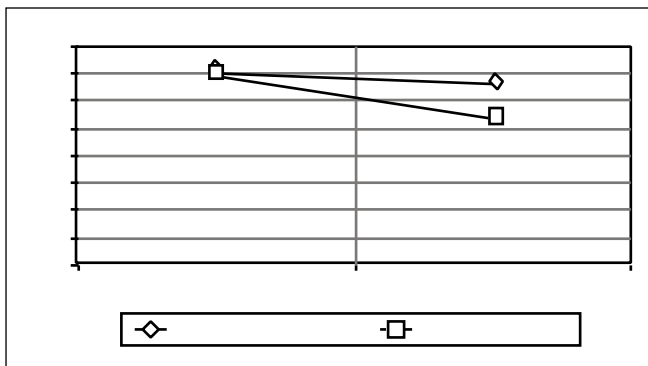


Fig. 3. Escala Norton modificada.

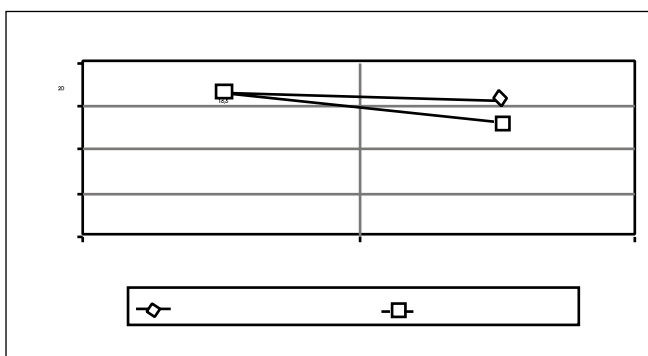


Fig. 4. Escala Braden.

Los pacientes que se ulceraron se duplicaron en la población no éxitus en los seis meses, pero se multiplicaron por 8 en la población de pacientes que fallecieron, siendo esta correlación estadísticamente significativa ($p=0,002$) (Fig. 2, Tabla I). Incluso se ha obtenido un riesgo de muerte de los pacientes que se ulceraron 3,3 veces, de media, mayor que en los que no se ulceraron (para un intervalo de confianza del 95%, la ratio de riesgo se encontraba entre 1,65 y 6,8).

La escala Norton detecta que en 6 meses incrementó el riesgo en la población de inmobilizados no éxitus en 0,8 puntos y en la población que falleció en 3,0 puntos (Fig. 3, Tabla II).

La escala Braden detecta que en 6 meses incrementó el riesgo en la población no éxitus en 0,8 puntos y en la población que falleció en 3,3 puntos (Fig. 4, Tabla II).

El punto de partida de la valoración al inicio del estudio, cuando ningún paciente tenía pronóstico de “terminal” (era uno de los motivos de exclusión) no era estadísticamente diferente ($p=0,76$ para la escala Norton al inicio respecto a ambas poblaciones y $p=0,94$ para la de Braden).

Existe una correlación aceptable de los valores cuantitativos obtenidos en ambas escalas. Coeficiente Kappa (coeficiente máximo de concordancia excluido el azar) = $0,38 \pm 0,06$.

CONCLUSIONES

—Las características del grupo de pacientes que fallecieron, incluidas las de los cuidadores informales (10,11) y con la excepción del tipo de inmobilización, no difieren de las del grupo de inmobilizados no terminales y el equipo profesional que los atendió fue el mismo en todos los casos y actuó según los protocolos consensuados, dentro de los programas de “Paciente inmobilizado” y “Paciente terminal” acreditados en el Área Sanitaria al que pertenece este centro de salud.

—A pesar de lo expuesto en el punto anterior, el comportamiento de esta submuestra, en lo relativo al estado de salud de su piel y a la predicción de riesgo con las escalas empleadas, fue diferente al del grupo general de inmobilizados no terminales, presentando mayor riesgo y mayor deterioro (Tablas I, II y Figs. 1-4).

—A la vista de los resultados, éstos parecen confirmar la idea general de que el estado de terminalidad es un factor de alto riesgo para la aparición de úlceras por presión y así mismo parecen sugerir que la ulceración de la piel, en pacientes inmobilizados cuyos cuidados sean los adecuados, podría interpretarse (dentro del contexto global del paciente) como uno de los indicios predictores de acercamiento a la fase de final de vida.

Las conclusiones presentadas, en ningún caso pueden justificar un abandono o una mala atención a los pacientes en final de vida en lo referente a los cuidados de su piel. Si bien parece que en los últimos momentos y como consecuencia de la cascada de deterioro orgánico que acontece irremediabilmente en quien está en su última etapa, no siempre es posible evitar las úlceras de piel en términos absolutos. La prevención secundaria y terciaria de las mismas, dentro de un plan de cuidados paliativos globales y respecto a la piel en particular, son un derecho de los pacientes y una prioridad ética de primer orden de los profesionales.

AGRADECIMIENTOS

Nuestro agradecimiento a los Doctores Luis Díaz, Benjamín Fernández y Angel López por su apoyo y por compartir generosamente su gran experiencia en metodología de la investigación y a Guillermo Oltra por su aportación en la búsqueda y traducción del inglés.

CORRESPONDENCIA:

Enrique Oltra Rodríguez
El Rayo 13-B.
33519 – Pola de Siero. Asturias
Tfnos.: 985 773508 – 985 722884
E-mail: eoltra@navegalia.com

Bibliografía

1. Elorriaga Ameyugo B, Royo Pascual D, García Hontoria M, Cuevas Santos C, Martínez Cervantes Y, Cayón Cuarental P, et al. Guía de cuidados enfermeros. Úlceras por presión. Madrid: Ed. INSALUD, 1996; 25-40.
2. Soldevilla Agreda JJ. Guía práctica en la atención de las úlceras de piel. Madrid: Ed. Grupo Masson. 1998; 49-68, 135-41.
3. Alcalá A, Almendáriz MJ, Caja T, Casamada N, Martínez JR, Oltra E. Heridas crónicas y agudas. 100 preguntas más frecuentes y soluciones. Barcelona. EDIMSA, 1999; 22-8.
4. Bergstrom N, Braden BJ, Laguzza A, Holman V. The Braden scale for predicting pressure sore risk. *Nurs Res* 1987; 36 (4): 205-10.
5. Braden B, Bergstrom N. Predictive validity of the Braden scale for pressure sore risk in a nursing home population. *Res Nurs Health* 1994; 17:6 459-70.
6. Bergstrom N, Braden B. Predicting pressure ulcer risk a multisite study of the predictive validity of the Braden scale. *Nurs Res* 1998; 47: 261-9.
7. Torra i Bou JE. Valorar el riesgo de presentar úlceras por presión. *Rol de Enfermería*. Abril 1997; N° 224, 23-30.
8. Fortes JL, Pulido de la Torre MD, Torres Alaminos MA, Revenga Arranz F. Las úlceras por presión desde la atención primaria: un reto para todos. *Atención Primaria*. 1997; 19.
9. López E. Enfermería en cuidados paliativos. Madrid: Ed. Panamericana, 1998; 59-64.
10. Domínguez Alcón C. Cuidado informal, redes de apoyo y políticas de vejez. *Index de Enfermería*, 1998; VII-23.
11. Francisco C, Mazarrasa L. Cuidados informales. *Rol de Enfermería*. 1995; 202.