

Úlceras cavitadas en pacientes dependientes

Cuidados de enfermería desde atención primaria

María José López Mato, Eva Tizón Bouza y Luis Arantón Areosa

Enfermeras y enfermero. Área Sanitaria de Ferrol.

Introducción

Con el paso de los años, aumentan los problemas de salud que derivan limitaciones físicas que coartan la autonomía de la persona, entendida como la capacidad percibida de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales sobre cómo vivir en concordancia con las normas y preferencias propias, así como la capacidad de desenvolver las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). De esta forma, a medida que progresa el deterioro físico y de la salud que acompaña a la vejez, el anciano se hace cada vez más dependiente; así la dependencia vendría a definirse como el estado de carácter permanente en el que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, enfermedad y / o discapacidad, unidas a la falta o pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan la atención de otra u otras personas o ayudas para realizar las ABVD. Para considerar que una persona se encuentra en situación de dependencia, deben darse tres circunstancias:

- La existencia de una limitación (física, intelectual o sensorial) que disminuya sus capacidades.
- La incapacidad de la persona para realizar por sí misma las ABVD.
- La necesidad de recibir asistencia por parte de terceras personas para las ABVD.

Ante este tipo de situación, los pacientes suelen ver aumentado exponencialmente el riesgo de padecer úlceras por presión (UPP), siendo además, por los condicionantes negativos mencionados, muy difíciles de tratar cuando se producen.

Tristemente muchos pacientes con características similares a las descritas, acaban desarrollando UPP, que si bien se pueden achacar en general a unos cuidados preventivos deficientes, están condicionados en estos casos por el pobre estado de salud, situación física de total dependencia, inmovilidad, incontinencia y escasos recursos en lo referente a medidas y dispositivos específicos de prevención.

Como profesionales sanitarios hemos de procurar concienciar y formar a los pacientes y cuidadores en la importancia de la prevención y de los cuidados específicos, más si cabe, cuando nos encontramos ante pacientes con úlceras instauradas, profundas y muchas veces cavitadas, que van a dificultar enormemente su tratamiento.

Solo desde un plan de cuidados específico basado en una valoración holística de la situación real del paciente y sus condicionantes, estaremos en disposición de establecer las medidas oportunas para solventar este terrible problema y administrar los cuidados y tratamientos más adecuados, en función de la mejor evidencia científica disponible.

Objetivos

Nos planteamos como objetivo general de este trabajo, evidenciar la adecuación de una metodología holística en la valoración y establecimiento de un plan de cuidados específico, que integrando el tratamiento y abordaje específico de las lesiones, en función de la mejor evidencia científica disponible, consiga no solo la resolución de las lesiones instauradas, sino también la prevención de otras complicaciones y de nuevas lesiones, para en definitiva, mejorar la calidad de vida del paciente y restaurarle la integridad de la piel y tejidos.

Metodología

Descripción del caso clínico de una mujer de 77 años, con úlceras por presión en ambos glúteos (cavitadas y comunicadas entre sí), a la que se realiza abordaje integral con plan de cuidados individualizado y tratamiento local hasta la epitelización de las lesiones.

Resultados

Paciente de 77 años, (ex fumadora esporádica) con pluripatología (Diabetes mellitus tipo II, dislipemia, incontinencia urinaria y fecal, síndrome ansioso-depresivo, esquizofrenia, hipotiroidismo subclínico, obesidad, osteopenia lumbar, y demencia tipo Alzheimer), pero previamente independiente, que tras ingreso en el hospital a consecuencia de un episodio agudo de desorientación e infección respiratoria es ingresada en una residencia de ancianos asistidos. Al ingreso en la residencia, la paciente presenta deterioro importante de su estado general y de su movilidad, lo que le impide la realización de las actividades básicas de la vida diaria (en el transcurso de un año, la paciente ha pasado de ser totalmente independiente, a una situación de completa dependencia.).

El control glucémico de la paciente (con hipoglucemiantes orales), no era bueno, presentando cifras de glucemia capilar generalmente elevadas y hemoglobina glicosilada entre 7-8 ^mg/L.

En la valoración inicial, se observa que la paciente presenta un grado de dependencia total según Índice de Barthel y alto riesgo de úlceras por presión según la escala de Braden Bergstrom, presentando además una úlcera por presión en cada glúteo:

1. UPP-1 en glúteo derecho: lesión en estadio IV con unas medidas de 5 x 5 x 3 cm.
2. UPP-2 en glúteo izquierdo: lesión en estadio IV con unas medidas 2 x 2 x 3 cm.

Ambas úlceras estaban cavitadas y comunicadas entre sí, lo que dificulta su tratamiento y evolución, presentando exudado moderado-alto y abundante tejido esfacelar.

Se realiza una valoración inicial exhaustiva y holística y en consecuencia se establece un plan de cuidados individualizado, en base a la taxonomía diagnóstica NANDA y las clasificaciones internacionales NIC y NOC:

Deterioro de la Integridad Tisular:

- Etiquetas de Resultados de Enfermería (NOC).
 - Curación de la herida: por 2ª intención.
- Criterios de Resultados (NOC).
 - Disminución del tamaño de la herida.
 - Formación de cicatriz.
- Intervenciones de Enfermería (NIC).
 - Cuidados de las úlceras por presión.
 - Manejo de presiones.
 - Prevención de las úlceras por presión.

Riesgo de infección:

- Etiquetas de resultados de Enfermería (NOC).
 - Curación de la herida por 2ª intención.
 - Integridad tisular: Piel y membranas mucosas.
- Criterios de Resultados (NOC).
 - Disminución del tamaño de la herida.
 - Integridad cutánea.
- Intervenciones de Enfermería (NIC).
 - Cuidados de las heridas.
 - Vigilancia.

Intolerancia a la actividad:

- Etiquetas de resultados de Enfermería (NOC).
 - Bienestar personal.
- Criterios de Resultados (NOC).
 - Satisfacción con la realización de las actividades de la vida diaria.
- Intervenciones de Enfermería (NIC).
 - Ayuda al autocuidado.
 - Manejo de energía.

Déficit de autocuidados:

- Etiquetas de resultados de Enfermería (NOC).
 - Bienestar personal.
- Criterios de Resultados (NOC).
 - Satisfacción con la realización de las actividades de la vida diaria.
- Intervenciones de Enfermería (NIC).
 - Ayuda al autocuidado.



Foto 1. Inicialmente las úlceras por presión que presenta en ambos glúteos, tienen bordes irregulares, inflamados, con abundantes esfacelos, cavitadas y comunicadas entre sí. Se inicia tratamiento con limpieza, apósito de hidrofibra y apósito de espuma como secundario.



Foto 2. A los 15 días de iniciar el tratamiento, la herida está más limpia, con menor presencia de esfacelos y comienza a proliferar el tejido de granulación. Se continúa con la misma pauta de tratamiento.



Foto 3. A los 55 días, la herida limpia con eliminación total de esfacelos, reducción de la profundidad de ambas úlceras; los bordes se encuentran más aproximados y el exudado es menor. Se continúa el tratamiento con apósito de hidrofibra y apósito de espuma.



Foto 4. En el día 73 de tratamiento, las heridas presentan buena evolución, sigue la aproximación de los bordes y la proliferación del tejido de granulación, avanzando el proceso de epitelización.



Foto 5 y 6. A los 95 días, se observa como continua con una evolución adecuada.

Los cuidados específicos, en función de la mejor evidencia científica disponible (Evidencia A cuando los estudios de investigación publicados determinan un buen nivel de evidencia, Evidencia B cuando el nivel de evidencia es moderado y Evidencia C cuando la recomendación se basa en la opinión de expertos o en paneles de consenso) se planifican para su administración adaptándolos a los horarios de la residencia. Insistimos en la necesidad de mantener la piel limpia, seca e hidratada para prevenir nuevas lesiones, así como en los cuidados de la piel perilesional, para evitar repercusiones negativas que puedan agravar las heridas ya existentes. Es preciso resaltar la colaboración del personal del centro asistido, sin cuya implicación sería imposible conseguir la curación de las heridas y realizar una prevención efectiva de nuevas lesiones, máxime en la condiciones de dependencia total de la paciente.

Además del correspondiente tratamiento higiénico-dietético, se establece un programa de cambios posturales cada 2-3 horas, siguiendo una rotación determinada (B) y con especial atención a evitar la presión y la fricción sobre la zona afectada; (independientemente de que se disponga de superficies especiales para manejo de presión).

Para el aseo e higiene de la piel se utiliza agua tibia y jabones con pH neutro, no irritantes (C). Secado por contacto, sin frotar, y prestando atención especial a las zonas de pliegues. Aplicación de ácidos grasos hiperoxigenados cada 8-12 horas en las zonas de riesgo de desarrollar nuevas úlceras (A), pero sin masajear (B) las prominencias óseas, ni las zonas sometidas a presión.

Mantener las ropas de la cama siempre limpias, secas y sin arrugas; además de valorar y controlar las causas del exceso de humedad (C) e instaurar dispositivos no invasivos (pañales, colectores) necesarios para evitarla (inspeccionar el pañal a menudo y cambiarlo lo antes posible cuando esté mojado). Se indica la utilización de productos barrera no irritantes para proteger la piel de la humedad (B), tanto en la piel perilesional como en la zona perineal y perianal.

Con respecto al tratamiento local de las heridas, los objetivos terapéuticos establecidos fueron:

- Controlar y gestionar el exudado.
- Promover la limpieza de las heridas (eliminar el tejido esfacelar y no viable presentes).
- Prevenir la infección bacteriana (el riesgo es mayor al encontrarse las lesiones en una zona de fácil contacto con las heces).
- Conseguir la completa epitelización de las úlceras.
- Mejorar la calidad de vida de la paciente.

El tratamiento de curación local, realizado con técnica aséptica, consistió en:

- Inspección y confirmación de trayectos fistulosos (ambas lesiones estaban comunicadas) que dificultan el abordaje y solución de la herida, aumentando el riesgo de posibles acantonamientos de gérmenes y por tanto el riesgo de infección.
- Limpieza de las heridas utilizando suero fisiológico al 0,9% a chorro para realizar una adecuada limpieza por arrastre del exudado existente (incluyendo el trayecto fistuloso).

- Aplicación de apósito de hidrofibra de hidrocoloide rellenando $\frac{3}{4}$ partes de la cavidad (en ambas UPP)
- Aplicación de apósito de espuma hidropolimérica como protección y para complementar el control de exudado de la hidrofibra (inicialmente requiere cambios de apósito cada 48 horas).

En casi cuatro meses desde el inicio del tratamiento, se consigue la resolución completa de las úlceras; si bien ello no ha solucionado el estado de dependencia de la paciente, sí que contribuye a mejorar su calidad de vida y a eliminar una fuente de sufrimiento añadido y de posibles complicaciones infecciosas.

Dada la situación de base de la paciente se establece un plan de cuidados para evitar nuevas lesiones en la zona cicatrizada y la aparición de otras posibles; dicha estrategia se fundamenta en tres pilares básicos:

- Cuidados de la piel: Aseo e inspección rigurosa de la piel y administración de ácidos grasos hiperoxigenados cada 12 horas.
- Cambios posturales cada 2-3 horas.
- Programa de potenciación de la actividad física y de ayuda en la realización de las actividades de la vida diaria.

Conclusiones

La valoración holística de la paciente, teniendo en cuenta todas sus circunstancias y dimensiones (y no solo las heridas), es un requisito imprescindible para el establecimiento de un plan de cuidados integral que garantice la administración de los cuidados necesarios, en función de los problemas identificados. El establecer cuidados avalados por la mejor evidencia científica, no hace sino contribuir a garantizar la calidad asistencial y la calidad de vida de nuestros pacientes.

El control y manejo del exudado de las lesiones fue considerado óptimo, no presentando maceración, ni deterioro de la piel perilesional. Cabe destacar que la hidrofibra, aunque absorbe cantidades elevadas de exudado, retiene dichos fluidos, incluso bajo presión, además evita la expansión lateral del exudado, manteniendo los beneficios y principios de la cura en ambiente húmedo y evitando la probable maceración, por lo que favorece y agiliza la cicatrización, permitiendo además espaciar las curas en función de la saturación de los apósitos. La utilización de apósitos de hidrofibra de hidrocoloide resultó ser muy cómoda para la paciente, que en ningún momento refirió dolor.

Si bien al inicio del tratamiento las lesiones presentaban cierto olor desagradable, éste desapareció al poco tiempo de iniciado el tratamiento con la hidrofibra, por lo que no fue preciso tomar ninguna otra medida adicional para el control de la carga bacteriana, no apareciendo durante el tratamiento, ningún signo de infección, ni sospecha de colonización crítica, a pesar de que por la localización de las heridas, éste se consideraba un riesgo elevado.

Sin la concienciación e implicación de los cuidadores, sería imposible alcanzar los objetivos propuestos, por lo que se evidencia que la educación sanitaria es uno de los mejores instrumentos de que disponemos los profesionales de enfermería, para prevenir y tratar las úlceras por presión.



Foto 7. A los 110 días, se produce la epitelización completa de una de las úlceras; en la otra la evolución de la úlcera es favorable.



Foto 8. Finalmente a los 113 días ambas úlceras por presión, se consideran resueltas.

Bibliografía

- Arantón Areosa L, Beaskoetxea Gómez P, Bermejo Martínez M, Capillas Pérez R, Cerame Pérez S, García Collado F, et al. Guía Práctica Ilustrada. Tratamiento de Heridas. Madrid: EDIMSA, 2008.
- Guía de Prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Conselleria de Salut i Consum. Govern de les Illes Balears, 2007. URL disponible en: http://www.gencat.net/ics/professionals/guies/ulceres_pressio/docs/guia_ulceres.pdf
- Moorhead S, Johnson M, Maas M. Proyecto de Resultados Iowa. Clasificación de resultados de Enfermería (NOC). Madrid: Ed. Elsevier, 2005 (3ª ed).
- NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2007-2008. Elsevier España SA. Madrid 2007.
- Sánchez Lorente MM, Ávila Acamer C, Bonías López J, García Rambla L, García Rodríguez V, Herraiz Mallebrera A, et al. Guía de Práctica Clínica de Enfermería: Prevención y Tratamiento de úlceras por presión y otras heridas crónicas. Generalitat Valenciana: LaImprenta CG, 2008.
- Jonson M, Bulechek G, McCloskey Dochterman J, Maas M, Moorhead S. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC Y NIC. Ed Elsevier Science (Harcourt-Mosby) Madrid 2002.
- EWMA. Preparación del lecho de la herida en la práctica. [En línea: consultado el 17.11.2007]. www.gneaupp.org/documentos/gneaupp/lecho.pdf
- R. Delgado, A. Pérez, F.J. Rodríguez, L. Carregal, R. Gutierrez, E. Souto, N. García, L.M. Fontenla y C. Ananin. Manual de Prevención y Tratamiento de úlceras por presión. Xunta de Galicia. Santiago de Compostela 2005.
- J.J. Soldevilla y J.E. Torrá i Bou. Atención integral de las heridas crónicas. SPA; Madrid 2004.
- Navarro Maldonado CA. Afrontamiento familiar comprometido en paciente inmobilizado tras un alta hospitalaria. Caso clínico. Evidencia. 2007 nov-dic; 4(18). En: <http://www.index-f.com/evidencia/n18/400articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. Consultado el 10 de julio de 2009.