

Úlcera por Presión en región sacra

Francisco García Alcaraz^a, Alonso López Escribano^b, José García Aranós^b, Antonia Alfaro Espín^c

^a Profesor de Enfermería Comunitaria de la Escuela Universitaria de Enfermería de Albacete (Universidad de Castilla-La Mancha).

^b Coordinador de Equipos de Enfermería de la Gerencia de Atención Primaria del Área de Salud de Albacete (SESCAM).

^c Profesora de Materno Infantil de la Escuela Universitaria de Enfermería de Albacete (Universidad de Castilla-La Mancha).

Correspondencia:
Francisco García Alcaraz.
Escuela Universitaria de
Enfermería de Albacete,
Campus Universitario,
Edificio "Benjamín Palencia",
Albacete. Tfno.: 967599200
e-mail:
Francisco.GAlcaraz@uclm.es.

Recibido el 20 de enero
de 2007.

Aceptado para su publicación
el 10 de febrero de 2007.

RESUMEN

Las úlceras por presión (UPP) localizadas en la región sacro-coxígea siguen estando presentes en hospitales y domicilios, a pesar de los avances existentes en su prevención y curación, representando un gran coste económico, social y sanitario.

Presentamos el caso de un paciente encamado con UPP en región sacra, describiendo el proceso de atención de enfermería y evaluando la eficacia, comportamiento clínico y evolución de la UPP (estadio III) por acción de ácidos grasos esenciales, colagenasa y colágeno en polvo.

Se realizaron curas a diario aplicando un ácido graso esencial en la zona perilesional. En la úlcera con tejido necrótico, tras limpieza local, se aplicó clostridiopeptidasa A (colagenasa) y posteriormente un hidrogel con colágeno en polvo más un apósito hidrocélular adhesivo para la región sacra.

En el proceso de atención de Enfermería aparecieron dificultades, ya que no existió uniformidad en los cuidados realizados al paciente y no hubo registro de la evolución de la herida. Como consecuencia, se produjo lentitud en el proceso de cicatrización y mayor consumo de recursos humanos y materiales. Al aplicarse el tratamiento descrito la herida mejoró su proceso de cicatrización hacia la curación.

Palabras clave. Úlcera por presión.

ABSTRACT

Pressure ulcer in the sacral region

Pressure ulcers (PU) in the sacral-coccyx region continue to occur in hospitals and at home, in spite of the advances in prevention and cure, and they represent a significant economic, social and healthcare cost.

We present a case of PU in the sacral region in a bedridden patient. We describe the nursing care procedure, assess the efficacy, clinical performance and PU (stage III) development using essential fatty acids, collagenase and collagen powder. Wounds were dressed daily applying essential fatty acid around the wound. After cleaning the ulcer that had necrotic tissue, clostridiopeptidase A (collagenase) was applied followed by a hydrogel with collagen powder plus a hydrocellular adhesive dressing for the sacral region.

The nursing care procedure presented problems because of the lack of uniformity and absence of any record of the healing process. Consequently healing was slow and there was a greater use of human and material resources. On applying the treatment described the healing process improved until wound closure.

Key words. Pressure ulcer.

INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión (UPP) representan un sufrimiento sobreañadido para muchos pacientes, causando gran dolor y padecimiento. Constituyen un verdadero problema frecuente y costoso, siendo una importante preocupación de salud pública que afecta principalmente a personas mayores. De todas las lesiones, el 27% se encuentra en estadio III. El grupo de población más afectado es el de los mayores de 65 años (84,7%) y el 27% corresponde al ámbito de atención primaria¹.

Las sufre entre el 8 y 12 % de los pacientes inmovilizados, estando presentes en pacientes encamados durante largo tiempo, con escasa o nula movilidad, en su mayoría

ancianos². La zona sacra es una de las localizaciones más frecuentes³. Las úlceras por presión en la región sacra siguen estando presentes en los hospitales y a nivel comunitario y suponen un alto coste por su incidencia y prevalencia. Además, la mortalidad relativa de las personas que las padecen es significativamente mayor debido a las complicaciones⁴.

De todas las úlceras, el 60,7% corresponde a estadios I-II (importancia de la prevención), estimándose que un 95% de las UPP se podrían evitar, por lo que la acción de los enfermeros debe incidir en la prevención de la aparición de estas heridas crónicas, orientando sus esfuerzos hacia la reducción de la presión y los cuidados de la piel, proporcionando una nutrición adecuada e interviniendo en la curación de la herida una vez que aparece. Estas úlceras, iatrogénicas en su mayoría, si no se previenen o no se tratan correctamente pueden provocar complicaciones e incluso la muerte del paciente, con posibles responsabilidades legales para los profesionales que las atienden^{1,5,6}.

La localización más frecuente es en la región sacra en todos los niveles asistenciales, representando un importante problema por la gran variabilidad en extensión y profundidad. Dichas úlceras están expuestas a heces y orina, incrementándose el riesgo de infección, y son muy exudativas, lo cual condiciona la frecuencia de cambios de apósitos y manipulación de la herida^{1,3,7}.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Presentamos el caso de un paciente geriátrico encamado en su domicilio con una úlcera por presión en región sacra (estadio III) (Zona Básica de Salud de Alcazoto, Albacete), describiendo el proceso de atención de enfermería y evaluando la eficacia, el comportamiento clínico y la evolución de la herida crónica por acción de ácidos grasos esenciales, colagenasa y colágeno en polvo más un apósito hidrocélular adhesivo. El seguimiento del paciente se realizó durante los meses de abril a julio de 2006 (3 meses de evolución).

Se trata de un varón de 77 años, hipertenso y con antecedentes de ACV isquémico con hemiplejía izquierda. Las fuentes de información fueron el informe de alta hospitalaria y el registro de evolución de la úlcera por presión.

Según la valoración realizada por Enfermería, el paciente había ingresado en el Hospital General Universitario de Albacete por deterioro del nivel de conciencia, relacionado con coma hiperosmolar sin Diabetes Mellitus conocida. Después de tres meses de ingreso hospitalario, fue dado de alta en abril de 2006. En la valoración geriátrica presentaba una categoría G en el índice de Katz, haciendo vida cama-sillón. Era porta-

dor de sonda vesical y precisaba pañales por incontinencia fecal, siendo atendido por un cuidador informal familiar. Desde la fecha del alta hospitalaria recibía curas húmedas a diario en su domicilio.

Respecto a la intervención de Enfermería, para la zona perilesional se aplicó un preparado a partir de aceites vegetales de alto contenido en ácidos grasos esenciales y aceites esenciales, cuya composición es: oleato de caléndula, aceites de avellana, aceite vegetal de rosa mosqueta, esencial de lavanda y esencial de manzanilla romana. Para la úlcera (estadio III) se realizaron curas húmedas. En presencia de tejido necrótico, tras limpieza local con suero fisiológico o agua del grifo⁸, se aplicó clostridiopeptidasa A -colagenasa- y posteriormente, cuando existió tejido de granulación, un hidrogel con colágeno en polvo junto a un apósito hidrocélular adhesivo adaptable a la región anatómica afectada⁹ (en su defecto apósito tradicional). Se recomendó al cuidador informal hidratación, alimentación adecuada, cambios posturales cada 2 horas, higiene y limpieza de la zona afectada. Se realizó seguimiento gráfico de la evolución de la herida de junio a septiembre de 2006.

En el proceso de atención de Enfermería aparecieron dificultades en los cuidados, ya que no existió uniformidad (continuidad) en los cuidados realizados al paciente en cuanto a la cura realizada y no existió un registro de evolución de la herida. Como consecuencia, se produjo lentitud en el proceso de cicatrización y un mayor consumo de recursos humanos y materiales.

Respecto a la eficacia, el comportamiento clínico y la evolución de la herida, durante todo el proceso no aparecieron signos de infección de la úlcera, los bordes eran regulares y se fue cerrando progresivamente. Tras la aplicación de colagenasa, por la presencia de tejido necrótico al inicio, se obtuvo un lecho de la herida viable. Después, en la fase de granulación y epitelización aplicamos colágeno en polvo junto a un hidrogel (para mayor facilidad en su aplicación y para mantener la cura húmeda) lo que provocó el avance de los bordes de la herida. El uso de un apósito hidrocélular equilibró la humedad de la úlcera, controlando el exudado⁹. Al aplicarse este tipo de cura húmeda, la herida mejoró su proceso de cicatrización hacia la curación en un periodo de ocho semanas como se puede apreciar en las fotografías.

DISCUSIÓN

El uso adecuado y continuo de los productos que existen en el mercado actualmente han mejorado el proceso de cicatrización y cierre de la UPP en la región sacra de dos meses de evolución, ya que favorecen la cura húmeda y se adaptan anatómicamente a la

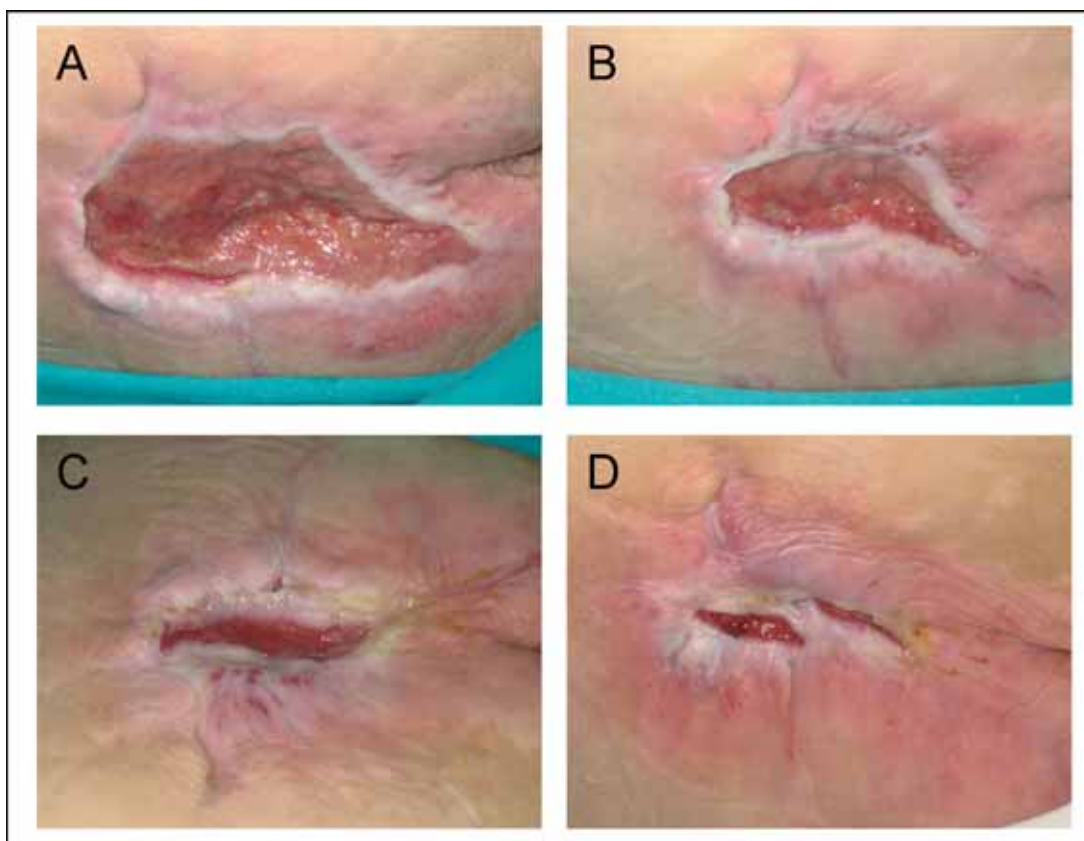


Figura 1. Evolución gráfica de la úlcera por presión en sacro. A: junio de 2006, B: Julio de 2006, C: agosto de 2006, D: Septiembre de 2006

región afectada^{3,9,10,11}. La aplicación de colágeno en polvo junto al hidrogel contribuye a aumentar significativamente el proceso de cicatrización y mejoría de la úlcera por presión, reduciendo el tiempo de tratamiento, con el consiguiente menor coste sanitario¹².

La incontinencia es uno de los factores de riesgo que favorecen la aparición de úlceras por presión, ya sea urinaria y/o fecal. Nuestro paciente es portador de sonda vesical y de pañales y, además, está encamado, todo lo cual debilita la piel por riesgo de exposición a la humedad y favorece la aparición de UPP, así como el riesgo de complicaciones por infección al estar próximo a heces y orina^{9,13}.

En un estudio que analiza las investigaciones publicadas sobre el tema en nuestro país se concluye que los estudios publicados sobre UPP utilizan fundamentalmente métodos que aportan una evidencia C, insuficiente para reforzar o modificar prácticas asistenciales¹⁴. Además, no hay consenso entre los profesionales de la práctica clínica sobre el tipo de solución y el método de limpieza⁸. Pretendemos con nuestro estudio, con las limitaciones propias del caso único, poder generalizar los resultados entre pacientes con el mismo problema de UPP en sacro y que pueda utilizarse por otros profesionales la intervención realizada

para casos similares¹⁵. Debemos realizar una búsqueda de la evidencia interna (mediante la prueba clínica), considerando al menos tres aspectos del producto: indicaciones clínicas, contraindicaciones, efectos secundarios y confortabilidad (adaptabilidad)^{11,16}. Es importante de igual forma la valoración integral inicial del paciente y de la UPP para realizar un adecuado proceso de atención de Enfermería. Al mismo tiempo es obligado llevar a cabo un registro de la evolución de la herida crónica y del tratamiento realizado, usando una "hoja de registro de UPP y heridas crónicas" para su uso en atención primaria de salud^{13,17}.

La familia desarrolla un papel determinante en el cuidado de la salud del paciente encamado, por ello, sería conveniente la formación para promover y fomentar la participación del paciente y la familia en su autocuidado^{13,18,19}.

Para la práctica clínica de futuro proponemos: realizar valoración integral y atención de enfermería escrita, realizar cuidados con continuidad interprofesionales, utilizar siempre la evidencia científica demostrada en los productos empleados para las curas y mantener la continuidad en los tratamientos, así como llevar un registro de la evolución de la herida.

AGRADECIMIENTOS

A Dña. Felicitas López Honrubia, enfermera del centro de salud de Alcaido, por su inestimable colaboración en el presente estudio.

BIBLIOGRAFÍA

- Soldevilla JJ, Torra i Bou JE, Verdú J, Martínez F, López P et al. II Estudio nacional de prevalencia de úlceras por presión en España, 2005. *Gerokomos* 2006; 17(3):154-72.
- Escobar MA. Úlceras por presión en atención primaria: frecuencia y características. *Rev Rol Enf* 1998; 21(237):55-8.
- Roldán A, Jaén P, Ferrer F, Torra i Bou JE. Úlceras por presión en sacro. Evaluación multicéntrica de un apósito hidrocoloide hidroregulador específico. *Rev Rol Enf* 1999; 22(3):223-30.
- Díaz I. Tratamiento específico de las úlceras sacro-coxígeas. *Rev Rol Enf* 2003; 26(2):54-60.
- Esperón JA, Fernández MC, Freire M, Angueira C, Rodríguez C. La iatrogenia como origen de las úlceras por presión en una Unidad de Cuidados Críticos. *Gerokomos* 2005; 16(2):109-15.
- García J, Martín A, Herrero JV, Pomer M, Masoliver A, Lizán L. Guía clínica en úlceras por presión. [Monografía en Internet]. *Guía clínica* 2004; 4 (7). [Consultado el 8 de febrero de 2007]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/upresion.asp>
- García FP, Ibars P, Martínez F, Perdomo E, Rodríguez M, Rueda J, Soldevilla JJ, Verdú J. Incontinencia y úlceras por presión. Serie de documentos técnicos GNEAUPP núm. 10 Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Madrid 2006.
- JB I, 2003 Solutions, techniques and pressure for wound cleansing, Best Practice Vol 7 Iss 1, Blackwell Publishing Asia, Australia.
- Verdú J, Nolasco A, López P, Torra i Bou JE. El uso de apósitos hidrocelulares de la gama Allevyn® en heridas agudas. Resultados a partir del estudio AURIGA-04 en Atención Primaria. *Gerokomos* 2006; 17(3):145-53.
- Aguiló S, Figueiras L, Quintillà A, Veiga L. ¿Apósitos tradicionales o curas em ambiente húmedo? Eficacia y coste de ambos tratamientos en úlceras crónicas. *Rev Rol Enf* 2001; 24(12):50-54.
- García FP, Pancorbo PL, López J, López IM. Recursos materiales para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión: análisis de la situación en Andalucía. *Gerokomos* 2006; 17(1):47-57.
- Torra i Bou JE, Soldevilla JJ, Martínez F, Rueda J. Apósito de colágeno en polvo en el tratamiento de úlceras por presión: estudio comparativo multicéntrico evaluando efectividad y coste. *Rev Rol Enf* 2002; 25(9):50-57.
- Rodríguez M, Malia R, Barba A. Valoración de úlceras por presión y heridas crónicas. Un modelo de hoja de registro de Atención Primaria. *Gerokomos* 2001; 12(2):79-84.
- Arboledas J, Melero A, Cobos A. En busca de la evidencia científica en úlceras por presión: cinco años, un objetivo, múltiples caminos. *Gerokomos* 2005; 16(1):47-53.
- Rovira E. Estudios experimentales de caso único (N=1). *Rev Enf* 2004; 18:39-41.
- García FP, Soldevilla JJ. Evaluación técnica de materiales preventivos y terapéuticos en heridas crónicas: guía y consideraciones. GNEAUPP. Documento de posicionamiento núm. 5. [Consultado el 27 de mayo de 2006]. Disponible en: <http://www.gneaupp.org/documentos.pdf>
- Hernández E, Royano L, López R, Cacicedo R, Herbosa M, Riestra C, Mora G. Importancia de los registros en la cura de las úlceras por presión. *Gerokomos* 2002; 13(1):38-44.
- Rodríguez M, Malia R, Barba A. Nociones básicas acerca de las úlceras por presión y su prevención: una guía para los cuidadores familiares. *Gerokomos* 2000; 11(3):152-156.
- Rueda J, Guerrero A, Muñoz AM, Esquius i Carbonell J, Rosell C. Utilidad de las cremas protectoras en pieles frágiles y envejecidas. *Rev Rol Enf* 2005; 28(6):409-412.