

CARTAS DE INVESTIGACIÓN

Prevalencia y prevención de las úlceras por presión en una cohorte de nonagenarios. Estudio NonaSantfeliu

Introducción. El envejecimiento progresivo de la población ha comportado un rápido aumento del grupo poblacional de los habitantes más ancianos, de manera que los > 89 años representan aproximadamente el 2% del total de > 65 años en España¹. Las úlceras por presión (UPP) son un importante problema de salud por su prevalencia y morbilidad asociada², que pueden afectar a pacientes en todos los ámbitos asistenciales. Una gran mayoría de ellas (alrededor del 70%)³ ocurren en personas > 70 años. Diversos estudios han mostrado que con una correcta implementación de políticas específicas destinadas a su prevención se consigue evitar su aparición en un considerable número de casos^{2,4}.

Objetivos. Evaluar en nuestro medio la prevalencia e incidencia de UPP en un grupo de población muy frágil, como son los nonagenarios, y comprobar la efectividad de un programa de prevención basado en recomendaciones para prevenir su aparición y enseñanza de los cuidados, cuando haya, para conseguir su curación.

Diseño. Estudio de cohortes prospectivo.

Emplazamiento. Centros de atención primaria.

Participantes. El trabajo se realizó dentro del estudio NonaSantfeliu, descrito ya previamente⁵. Se incluyó en el estudio inicial a 186 nonagenarios, el período de observación fue de 12 meses y se realizaron 2 evaluaciones al inicio y al final del período por parte del personal médico y/o de enfermería entrenado en la valoración geriátrica. Al año se revaluó a 140 nonagenarios; se excluyó a 36 participantes por haber fallecido y a 10 por cambio de domicilio.

Mediciones principales. Mediante entrevista personal, exploración a domicilio o en el centro de atención primaria cuando fue posible y posterior revisión de historia

TABLA 1 Diferencias entre los 2 grupos según los habitantes mayores de 89 años, tuvieran o no úlceras por presión

	UPP (n = 6)	Sin UPP (n = 134)	p
Edad media ± DE, (años)	92,17 ± 2,40	92,72 ± 2,88	0,64
Mujeres	3 (50%)	106 (79%)	0,09
Índice de Barthel	27,50 ± 24,85	58,28 ± 29,95	0,01
Índice de Lawton-Brody	0,17 ± 0,408	2,17 ± 2,51	0,05
MEC	10,50 ± 8,24	18,48 ± 11,70	0,10
Índice de Charlson	2,00 ± 2,68	1,12 ± 1,43	0,16
Escala Braden	11,33 ± 1,63	15,75 ± 2,26	0,0001
Demencia	1 ± 17%	29 ± 22%	0,77
MNA-SF año previo	9,17 ± 2,78	11,59 ± 2,02	0,005

UPP: úlceras por presión; MEC: Miniexamen cognitivo de Lobo; MNA-SF: versión abreviada del Mini-Nutritional Assessment.

clínica, se recogieron datos sociodemográficos, actividades básicas de la vida diaria con el índice de Barthel (IB), cognición con el Miniexamen cognitivo de Lobo (MEC), comorbilidad con el índice de Charlson, riesgo de UPP con la escala de Braden con una puntuación 0-23 (< 12, alto riesgo), y valores de la versión abreviada del Mini-Nutritional Assessment (MNA-SF) del año previo. El MNA-SF que puntúa de 0-14 (< 11 se considera riesgo nutricional) puede, al detectar pacientes de riesgo nutricional, ser útil para identificar a los pacientes con mayor incidencia de nuevas UPP.

Intervenciones. Educación sanitaria a los pacientes y cuidadores, para una correcta aplicación de medidas preventivas, y enseñanza de los cuidados necesarios para la cura de las UPP según la guía de UPP del Institut Català de Salut.

Resultados. Se evaluó a 109 mujeres (77,8%) y 31 varones, con un promedio de edad al inicio del estudio de 92,7 ± 2,8 años. En total, 114 eran viudos (81,5%), 14 (10%) estaban casados, y 12 (8,5%) eran solteros. La mayoría, 102 (73%), seguía viviendo en la comunidad y 38 estaban institucionalizados. Al final del período la media del IB era de 56,9 ± 30,3, del MEC 22,4 ± 11, del índice de Charlson de 1,1 ± 1,5 y del MNA-SF de 11,4 ± 2,1. Los valores medios de la escala de Braden eran de 15,5 ± 2,4. El año previo, la prevalencia de UPP era del 7,1% (10) y al final del período de seguimiento, se habían curado todos los casos a excepción de un paciente. La incidencia de

nuevas UPP fue del 3,5% (5 casos) con una prevalencia al año del 4,2% (3 mujeres y 3 varones). En la tabla 1 se puede observar las principales diferencias entre los pacientes con UPP al año de seguimiento y los pacientes sin UPP. En el análisis de regresión múltiple, tras ajustar por la edad y el sexo, la escala de Braden fue la única variable asociada significativamente con tener UPP en el momento de la evaluación (p = 0,011; *odds ratio* [OR] = 3,2; intervalo de confianza [IC] del 95%, 1,3-7,8).

Discusión. Las UPP han pasado de ser consideradas durante años un problema banal e inevitable a constituir en la actualidad un indicador de calidad asistencial debido a su gran impacto económico, tanto en el consumo de recursos humanos como materiales. La identificación de pacientes de riesgo y las recomendaciones preventivas son, sin duda, la mejor actuación para combatir las UPP². El importante descenso observado en nuestro estudio, cercano al 50%, tras la implementación de medidas preventivas confirma la utilidad de la prevención, incluso en el paciente más anciano. Dado el reducido tamaño de la muestra, no se han observado diferencias en la prevalencia según el sexo, aunque se ha descrito una mayor prevalencia en mujeres⁶.

Conclusiones. Los programas de prevención de UPP son útiles en pacientes nonagenarios y debería intensificarse su implantación en los pacientes con riesgo en las escalas específicas para UPP, como la de

Palabras clave: Anciano. Envejecimiento. Úlceras por presión.

Braden o con riesgo nutricional (MNA-SF).

A. Ferrer^a, F. Formiga^b, I. Lombarte^a,
C. Olmedo^b y E. Henríquez^a

^aCentro de Atención Primaria El Pla. CAP-I. Sant Feliu de Llobregat. Barcelona. España. ^bUFISS de Geriatria. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. España.

1. Cortes JJ, Méndez-Bonito E, Koutsourais R, Utrilla J, Macías J, Casado MA, et al. ¿Cuál es la prevalencia de ancianos de alto riesgo en atención primaria? *Aten Primaria*. 1996;18:327-30.
2. Ramón Cantón C, Torra i Bou JE. Prevención activa y efectiva de las úlceras por presión: un reto pendiente. *Med Clin (Barc)*. 2003;120:576-7.
3. Young JB, Dobrzanski S. Pressure sores. *Epidemiology and current management concepts*. *Drugs Aging*. 1992;2:42-57.
4. Torra i Bou JE. Algunas consideraciones al abordaje de las úlceras por presión: un reto pendiente. *Aten Primaria*. 1997;30:20:269-70.
5. Ferrer A, Formiga F, Lombarte I, Marqués M. Alto porcentaje de vacunación antigripal en pacientes nonagenarios después de una campaña educativa. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:557-8.
6. González Jiménez F, Pareja Illeras M, Jiménez López P, Carmona Sánchez M. How to evaluate nursing procedures for bedsores, or decubitus ulcers by means of a codified and computerized record-keeping system. *Rev Enferm*. 2005;28:23-6.

Tratamiento ambulatorio de la trombosis venosa profunda

Objetivo. El tratamiento ambulatorio de la trombosis venosa profunda (TVP) aislada sin tromboembolia pulmonar (TEP) es seguro y eficaz en pacientes seleccionados¹⁻⁸. En el presente artículo describimos nuestra experiencia en el tratamiento ambulatorio de la TVP aislada de miembros inferiores.

Palabras clave: Trombosis venosa profunda. Tratamiento ambulatorio. Tromboembolia pulmonar.

TABLA 1 Descripción de los pacientes incluidos y tratamiento indicado

	Edad (años)	Sexo	Localización ^a	Comorbilidad ^b	Tratamiento agudo
Caso 1	72	Varón	Proximal	No	Enoxaparina (1 mg/kg/12 h)
Caso 2	77	Varón	Distal	No	Enoxaparina (1 mg/kg/12 h)
Caso 3	65	Varón	Proximal	No	Enoxaparina (1 mg/kg/12 h)
Caso 4	54	Varón	Distal	No	Enoxaparina (1 mg/kg/12 h)
Caso 5	73	Mujer	Proximal	Cáncer	Enoxaparina (1 mg/kg/12 h)
Caso 6	74	Mujer	Proximal	No	Enoxaparina (1,5 mg/kg/día)
Caso 7	60	Varón	Distal	No	Enoxaparina (1 mg/kg/12 h)
Caso 8	75	Mujer	Proximal	No	Enoxaparina (1 mg/kg/12 h)
Caso 9	50	Varón	Proximal	No	Enoxaparina (1,5 mg/kg/día)
Caso 10	74	Varón	Proximal	No	Enoxaparina (1,5 mg/kg/día)

^aProximal: trombosis venosa profunda por encima del hueso poplíteo.

^bEnfermedades graves asociadas.

Diseño. Estudio observacional prospectivo.

Emplazamiento. Hospital de primer nivel de un área rural de Extremadura (España).

Participantes. Cincuenta y cuatro pacientes consecutivos de procedencia ambulatoria con TVP aislada de miembros inferiores diagnosticada mediante ecografía-Doppler venosa entre noviembre de 2002 y abril de 2005; 40 tuvieron una TVP proximal (por encima del hueso poplíteo) y 14 una TVP distal.

Mediciones principales. Frecuencia de hemorragia grave, recidiva tromboembólica o muerte en la fase aguda y en los primeros 3 meses de seguimiento.

Resultados. Diez pacientes (18,5%) fueron tratados ambulatoriamente, a criterio del médico responsable. Las características de los 10 pacientes se describen en la tabla 1. Todos los pacientes recibieron acenocumarol como tratamiento a largo plazo. No hubo ningún caso de hemorragia grave, recidiva tromboembólica o muerte en la fase aguda ni en los 3 primeros meses de seguimiento.

Discusión y conclusiones. Las heparinas de bajo peso molecular (HBPM), cuya administración es subcutánea y que generalmente no precisan un control del efecto anticoagulante, ofrecen la posibilidad de tratar ambulatoriamente a los pacientes con TVP aislada. La séptima conferencia del American College of Chest Physicians recomienda, si es posible, el tratamiento

ambulatorio de la TVP aislada inicialmente con HBPM administrada por vía subcutánea 1 o 2 veces al día¹. La HBPM debe administrarse un mínimo de 5 días, iniciando además el tratamiento con anticoagulantes orales en los primeros días. La HBPM se suspende una vez que el INR ha sido ≥ 2 durante 2 días consecutivos^{1,2}.

Los resultados de ensayos clínicos en los que se compara el tratamiento ambulatorio con HBPM con el tratamiento hospitalario con heparina no fraccionada intravenosa en la fase aguda de la TVP aislada demuestran incidencias similares de hemorragia y recidiva tromboembólica³⁻⁶. Una parte importante de los pacientes con TVP aislada podría recibir tratamiento ambulatorio, además, con un alto grado de satisfacción y con reducción de los costes⁴⁻⁸. No obstante, los pacientes con TVP masiva, reserva cardiorrespiratoria limitada, enfermedades graves asociadas, alto riesgo de hemorragia (coagulopatía, trombocitopenia, cirugía reciente, enfermedad renal o hepática, antecedente de hemorragia, pacientes muy ancianos, etc.) o un entorno sociofamiliar inadecuado no serían candidatos al tratamiento ambulatorio^{1,2}. Siempre habría que descartar la posibilidad de un TEP en función de la historia clínica y la exploración física. No obstante, se ha demostrado la presencia de defectos gamma-gráficos de perfusión compatibles con TEP en hasta un 25-50% de los pacientes con TVP sin síntomas o signos indicativos de