

Servicio de Nutrición Clínica. Hospital Universitario “General Calixto García Íñiguez”. La Habana

SOBRE LOS CUIDADOS NUTRICIONALES DE LAS ÚLCERAS DE DECÚBITO EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO

Luis Garcés García-Espinosa¹, Alicia Sende Odoardo², Darilys Argüelles Barreto³, Edel GuardiaLeyva³, Jacqueline Betancourt Valdés³, Yuri Nieves Duverge³.

INTRODUCCIÓN

Las úlceras de decúbito son una complicación grave del encamamiento prolongado del paciente hospitalizado cuya curación y cierre efectivo suelen dilatarse en el tiempo.¹⁻² Es por esta razón que el tratamiento de las úlceras de decúbito suele ocasionar erogaciones fiscales onerosas para la gestión sanitaria.³⁻⁵

Las úlceras de decúbito resultan primariamente de una isquemia tisular local por aplastamiento.⁶ Si no se adoptan medidas preventivas, la úlcera puede afectar todos los planos tisulares hasta la exposición del sacro en los casos más graves. Instalada la úlcera de decúbito, la colonización e infección bacterianas son inmediatas, lo que contribuye por un lado a la perpetuación de la misma, y el desarrollo de sepsis, por el otro.⁷ Se cierra así un círculo vicioso que se hace difícil de quebrar.

Con mucha frecuencia las úlceras de decúbito se asocian con graves deficiencias nutricionales que impiden la cicatrización efectiva de las mismas.⁸⁻¹¹ Estas deficiencias nutricionales pueden originarse tanto de la incapacidad del enfermo de sostener el estado nutricional mediante el consumo de alimentos por vía oral y la concurrencia de sepsis; como de la falla en implementar los

correspondientes esquemas de repleción nutricional.¹²⁻¹⁴

En el Hospital Universitario “General Calixto García Íñiguez” se ha encontrado que las úlceras de decúbito suelen presentarse a razón de 5 – 10 pacientes por cada 1,000 ingresos, al menos entre aquellos afectados por enfermedades cerebrovasculares.¹⁵⁻¹⁶

En ocasión de una encuesta hospitalaria de Enfermería, se identificaron 21 úlceras de decúbito en 19 pacientes atendidos durante el mes de Abril del 2016 en los distintos servicios clínico-quirúrgicos del hospital. Este comportamiento representó un incremento significativo respecto de lo registrado epidemiológicamente.

Las características demográficas, clínicas y bioquímicas de los pacientes examinados se muestran en la Tabla 1. Todos los enfermos se presentaron con úlceras de la región sacra. En dos de los pacientes las úlceras sacras concurren con lesiones por decúbito en otras regiones del cuerpo. Prevalcieron los hombres sobre las mujeres. El 68.2% tenía edades < 60 años. El 42.1% de los enfermos evolucionaba después de una cirugía de envergadura. En el momento de la encuesta de Enfermería el 84.2% acumulaba más de 7 días de hospitalización.

¹ Licenciado en Ciencias Alimentarias. Profesor Asistente. Máster en Farmacia Clínica.² Licenciada en Enfermería. Máster en Ciencias en Urgencias Médicas.³ Licenciado en Nutrición.

Recibido: 11 de Octubre del 2016. Aceptado: 3 de Noviembre del 2016.

Luis Garcés García-Espinosa. Servicio de Nutrición Clínica. Hospital Universitario “General Calixto García”. La Habana. Cuba.

Correo electrónico: lgarcesg@infomed.sld.cu

El 57.1% de las escaras había avanzado hasta los grados III – IV de la escala de Norton¹⁷ en el momento de la encuesta de Enfermería. Casi todas las escaras se originaron durante la hospitalización corriente del hospital.

Se hicieron cultivos microbiológicos de las secreciones de 11 [52.4%] de las 21 escaras encontradas en los pacientes. La tasa de positividad fue del 63.6%. Los gérmenes más frecuentes fueron (en orden descendente): *Citrobacter*: 18.2%; *Pseudomona*: 18.2%; *Acinetobacter*: 18.2%; y *Escherichia coli*: 9.1%; respectivamente.

Los valores corrientes de indicadores bioquímicos selectos del estado nutricional del enfermo se recuperaron de las historias clínicas. La albúmina, el colesterol total y el conteo de linfocitos (CTL) son elementos claves en el diagnóstico nutricional del paciente hospitalizado, y permiten elaborar juicios pronósticos sobre la evolución del mismo ante determinadas situaciones clínico-quirúrgicas. El comportamiento de estos indicadores fue como sigue (en orden descendente), tal y como se muestra en la Tabla 2: *Albúmina sérica* < 35 g.L⁻¹: 68.4%; *Colesterol sérico total* < 3.5 mmol.L⁻¹: 63.1%; *Conteo total de Linfocitos* < 1,500 células.mm⁻³: 21.1%; respectivamente.

Cuando se integraron los elementos clínicos, metabólicos y bioquímicos recuperados durante la encuesta, la desnutrición estaba presente en todos los pacientes examinados. La sola presencia de la úlcera de decúbito apunta hacia una situación de alto riesgo nutricional. La concurrencia de hipoalbuminemia e hipocolesterolemia (que fueron hallazgos prevalentes) apuntan hacia la cronicidad de la desnutrición en estos pacientes, aunada a la sepsis que ha desencadenado la infección de las escaras. Esto solo presagia una falla cicatricial importante, y por extensión, la perpetuación y agravamiento de la escara.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de los pacientes diagnosticados con úlceras de decúbito en los distintos servicios de la institución. Se muestran el número y [entre corchetes] el porcentaje de enfermos en cada estrato de la categoría correspondiente.

Característica	Hallazgos
Sexo	Masculino: 12 [63.1] Femenino: 7 [36.9]
Edad	< 60 años: 13 [68.4] ≥ 60 años: 6 [31.6]
Estadía hospitalaria	≤ 7 días: 3 [15.8] > 7 días: 16 [85.2]
Status post-operatorio	Sí: 8 [42.1]
Localización de la úlcera	Sacro: 17 [89.5] Sacro + Otras locaciones: 2 [20.5]
Estadio de la úlcera	Norton I: 6 [14.3] Norton II: 3 [14.3] Norton III: 7 [42.9] Norton IV: 5 [28.6]
Origen de las escaras	Nosocomial: 18 [94.7] Comunitaria: 1 [5.2]

Tamaño de la serie: 19.

Fuente: Registros del estudio.

Como parte del ejercicio de evaluación nutricional, se revisaron los cuidados nutricionales brindados al paciente. La Tabla 3 resume los hallazgos de la auditoría completada. Se debe destacar que casi las tres cuartas partes de los pacientes habían sido interconsultados con el Servicio hospitalario de Nutrición Clínica. Sin embargo, la adherencia de los cuidados alimentarios y nutricionales a las Buenas Prácticas hospitalarias fue menor del 50%. Si bien un esquema especificado de apoyo nutricional se había implementado en las dos terceras partes de los sujetos examinados en el momento de la encuesta, no se pudo demostrar que el mismo se condujera con arreglo a las Buenas Prácticas avanzadas.

Tabla 2. Estado de los indicadores bioquímicos del estado nutricional en el paciente aquejado de escaras de decúbito. Se presentan la media \pm desviación estándar de los valores del indicador, junto con el porcentaje de valores menores del punto de corte para establecer la normalidad biológica. Leyenda: CTL: Conteo Total de Linfocitos.

Albúmina, g.L ⁻¹	23.9 \pm 5.9
Albúmina < 35 g.L ⁻¹	13 [68.4]
CTL, células.mm ⁻³	1,689.2 \pm 596.0
CTL < 1,500 células.mm ⁻³	4 [21.1]
Colesterol, mmol.L ⁻¹	3.0 \pm 0.8
Colesterol < 3.5 mmol.L ⁻¹	12 [63.1]

Tamaño de la serie: 19.

Fuente: Registros del estudio.

Se asume que un paciente hospitalizado puede requerir diariamente (como mínimo) 2,000 Kilocalorías de energía y 90 gramos de proteínas por la sola condición de la enfermedad corriente.¹⁸ La auditoría de las HC encontró que la tasa de satisfacción de los requerimientos de energía fue del 35.0%, mientras que la de proteínas fue del 44.4%. De acuerdo con los datos recuperados de las HC auditadas, los aportes nutrimentales diarios documentados se estimaron en 700 Kilocalorías de energía y 40 gramos de proteínas. Se debe alertar que tales estimados no pudieran ser los reales, por lo que habrá que aguardar por la conducción de otras técnicas dietéticas para la obtención de datos más exactos.

En la etiopatogenia de la escara por decúbito concurren numerosos factores causales, entre ellos, la edad, la inmovilidad forzada y el encamamiento, y la incontinencia esfinteriana. Los cuidados de enfermería son determinantes entonces en la prevención de las escaras, sobre todo en lo que se refiere a la protección de la piel, la movilización fuera del lecho, y la continua fisioterapia.¹⁹⁻²⁰

Hoy se reconoce que el estado nutricional también puede contribuir independientemente a la aparición de las escaras en pacientes de alto riesgo. La desnutrición puede afectar la integridad de la piel y los planos subcutáneos, y con ello, propender a la excoriación y la ulceración de los tejidos. Asimismo, la desnutrición contribuiría a la perpetuación y agravación de las lesiones al impedir la correcta cicatrización.

La presente encuesta reveló que, a pesar de la condición de alto riesgo nutricional del paciente afectado por una escara de decúbito, el estado nutricional no está debidamente reconocido en la HC, la tasa de satisfacción de las necesidades nutrimentales es insuficientemente, y que llegado el caso, la conducción de los esquemas de repleción nutricional no se conducen según dictan las Buenas Prácticas avanzadas. Estas falencias deben ser identificadas inmediatamente, e intervenidas convenientemente, si se ha de lograr la rápida recuperación del enfermo, y su reinserción familiar, comunitaria y laboral.

Se debe insistir en el completamiento de un ejercicio de evaluación nutricional en todo paciente dentro de las 72 horas siguientes al ingreso, independientemente de la condición (aguda | electiva) del mismo. Si se comprobara una situación de riesgo incrementado tanto de desnutrición como de desarrollo de úlceras de decúbito, se debería implementar un esquema de apoyo nutricional adecuado que combine las intervenciones costo-efectivas requeridas para lograr las metas nutricionales y clínicas que se propongan.

Por su parte, el Servicio hospitalario de Nutrición Clínica debe supervisar periódicamente los esquemas de apoyo nutricional que se conducen en estos pacientes, y realizar las modificaciones | enmiendas que sean necesarias para asegurar los tenores óptimos de micronutrientes involucrados en la cicatrización y reparación

de las escaras; a la vez que entrenar a los grupos básicos de trabajo de la institución en las técnicas de Nutrición artificial, y la correcta prescripción de las figuras dietéticas.

Junto con todo lo anterior, la cooperación transdisciplinaria constante y continua en el tiempo de los distintos servicios | departamentos involucrados en la atención del enfermo hospitalizado es fundamental para el éxito de las acciones conducentes a la cura primero, y la prevención después, de las úlceras por decúbito en el paciente hospitalizado.

3. Bennett G, Dealey C, Posnett J. The cost of pressure ulcers in the UK. *Age Ageing* 2004;33:230-5.
4. Brem H, Maggi J, Nierman D, Rolnitzky L, Bell D, Rennert R; *et al.* High cost of stage IV pressure ulcers. *Am J Surg* 2010;200:473-7.
5. Graves N, Birrell F, Whitby M. Effect of pressure ulcers on length of hospital stay. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2005; 26:293-7.
6. Reddy M, Gill SS, Rochon PA. Preventing pressure ulcers: A systematic review. *JAMA* 2006;296:974-84.

Tabla 3. Auditoría de los cuidados alimentarios y nutricionales provistos al enfermo aquejado de úlceras de decúbito. Se presenta el porcentaje de hallazgos positivos en cada indicador examinado.

Indicador	Hallazgos
El paciente fue evaluado nutricionalmente por el Grupo hospitalario de Apoyo Nutricional	73.7
Existen referencias al estado nutricional del paciente en la historia clínica	23.5
Están anotados en la historia clínica los requerimientos nutricionales del paciente	28.6
La prescripción dietética corriente se corresponde con el <i>status</i> clínico y metabólico del paciente	7.0
La prescripción dietética corriente satisface los requerimientos nutricionales estimados	14.0
Se conduce en el paciente algún esquema especificado de apoyo nutricional (enteral/parenteral)	64.3
Se conduce el esquema de apoyo nutricional con arreglo a las Buenas Prácticas	0.0
La actuación nutricional integral satisface (al menos) el 50% de los requerimientos nutricionales del paciente	42.8

Tamaño de la serie: 19.

Fuente: Registros del estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Whittington K, Patrick M, Roberts JL. A national study of pressure ulcer prevalence and incidence in acute care hospitals. *J Wound Ostomy Continence Nursing* 2000;27:209-15.
2. Smith DM. Pressure ulcers in the nursing home. *Ann Intern Med* 1995;123:433-8.
7. Yoshikawa TT, Livesley NJ, Chow AW. Infected pressure ulcers in elderly individuals. *Clinical Infect Dis* 2002; 35:1390-6.
8. Hengstermann S, Fischer A, Steinhagen-Thiessen E, Schulz RJ. Nutrition status and pressure ulcer: What we need for nutrition screening. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 2007;31:288-94.

9. Iizaka S, Okuwa M, Sugama J, Sanada H. The impact of malnutrition and nutrition-related factors on the development and severity of pressure ulcers in older patients receiving home care. *Clin Nutr*2010;29:47-53.
10. Shahin ES, Meijers JMM, Schols JMGA, Tannen A, Halfens RJG, Dassen T. The relationship between malnutrition parameters and pressure ulcers in hospitals and nursing homes. *Nutrition*2010;26:886-9.
11. Hudgens J, Langkamp-Henken B, Stechmiller JK, Herrlinger-Garcia KA, Nieves Jr C. Immune function is impaired with a mini nutritional assessment score indicative of malnutrition in nursing home elders with pressure ulcers. *JPEN J Parenter Enter Nutr*2004;28:416-22.
12. Doley J. Nutrition management of pressure ulcers. *Nutr Clin Pract* 2010; 25:50-60.
13. Santana Porben S, for the Cuban Group for the Study of Hospital Malnutrition. The state of the provision of nutritional care to hospitalized patients- Results from The Elan-Cuba Study. *Clinical Nutrition* 2006;25:1015-29.
14. Santana Porbén S. Estado de la nutrición artificial en Cuba. Lecciones del Estudio Cubano de Desnutrición Hospitalaria. *RNC [Publicación científica dedicado a la Nutrición clínica]* 2009;18:37-47.
15. León MS, Trujillo JB, Martínez LL. Complicaciones clínicas en fallecidos por enfermedad cerebrovascular en el Hospital “Calixto García”. *Rev Cubana Medicina Intensiva Emergencias* 2007; 6(3):0-0. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mie/vol6_3_07/mie03307.htm. Fecha de última visita: 13 de Marzo del 2016.
16. León MS, Fernández AL, Liz A, Porto R, Mengana LO. Infecciones nosocomiales en pacientes cerebrovasculares ingresados en la terapia intermedia de medicina del Hospital Universitario “General Calixto García”. *Rev Cubana Medicina Intensiva Emergencias* 2010;9(2):0-0. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mie/vol9_2_10/mie03210.htm. Fecha de última visita: 13 de Marzo del 2016.
17. NortonD, McLarenR, Exton-Smith AN. Pressure sores. En: An investigation of geriatric nursing problems in hospital. Churchill Livingstone. New York: 1975.
18. Martín González I. Sobre la gestión de la calidad en los servicio de alimentación de las instituciones de salud. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2015;25(2 Supl):S1-S42.
19. Zamora Sánchez JJ. Conocimiento y uso de las directrices de prevención y tratamiento de las úlceras por presión en un hospital de agudos. *Gerokomos*2006; 17:51-61.
20. Barrientos C, Urbina L, Ourcilleón A, Pérez C. Efectos de la implementación de un protocolo de prevención de úlceras por presión en pacientes en estado crítico de salud. *Rev Chilena Med Intensiva* 2005;20:12-20.