

PEREDA ARREGUI, ENRIQUE; DELGADO AGUILAR, HERMINIA; REMIREZ SUBERBIOLA, JOSÉ MANUEL; DELGADO AGUILAR, MARÍA JESÚS
 Área XI Sanitaria Comunidad Madrid. C. S. Almendrales. Hospital «12 Octubre». Servicio de Urología

Enfermería en la incontinencia urinaria y úlceras por presión

RESUMEN

La humedad de la piel derivada de la incontinencia urinaria, se ha relacionado con las úlceras por presión, figurando además, en las escalas de valoración como factor de riesgo. Los cuidados de enfermería preventivos relacionados con la incontinencia urinaria y sus efectos sobre la integridad de la piel influyen directamente en la evolución de las úlceras por presión en pacientes inmovilizados tanto a nivel hospitalario como a nivel domiciliario.

Palabras clave: incontinencia urinaria, úlceras por presión, cuidados de enfermería.

SUMMARY

The humidity of the skin derived from urinary incontinence has been related to pressure ulcers, appearing, besides, in the valuation scales as a risk factor. Preventive nursing cares that are related with urinary incontinence and its effects on the integrity of the skin are directly influential in the evolution of pressure ulcers in immobilized patients at hospital level as well as at residence level

Keywords: urinary incontinence, pressure ulcers, nursing cares.

INTRODUCCIÓN

Las Úlceras por Presión (UPP) o Escaras (anteriormente conocida como «Herida de la cama»), se definen como un área de daño localizado en la piel y en los tejidos subyacentes causado por la presión, fricción, la cizalla o la combinación de las mismas.

La incontinencia urinaria (IU), es la pérdida involuntaria de orina.

En la escala de valoración de Norton figuran como factores de riesgo la IU y fecal.

Debemos mencionar que las UPP constituyen un problema sanitario de especial importancia, alcanzando a un 12% de los pacientes institucionalizados.

La incidencia de UPP en la población general es del 1,7% entre los 55 y 69 años de edad y del 3,3% entre los 70 y los 75 años. Más del 70% ocurre en mayores de 70 años. Se estima que el 60% de las escaras se desarrollan en el medio hospitalario y un 23% de los ingresados en instituciones geriátricas. No existen datos fiables de su incidencia en Atención Primaria. Además la prevalencia de la IU en España oscila según fuentes consultadas entre 600.000 y 2,5 millones de afectados.

En una población proveniente de Hospitales Generales, Atención Primaria y Residencias Asistidas de ancianos, se ha constatado el elevado coste de las UPP (un coste económico del 2% del presupuesto sanitario de países desarrollados). A pesar de lo cual, la investigación clínica sobre los productos utilizados para prevención y tratamiento sobre UPP es muy escasa.

Habitualmente, se piensa que una UPP sólo debe aparecer en enfermos con trastornos tróficos muy intensos. Regularmente los ancianos presentan estigmas muy propios de la senectud, abulia, tendencia a la inactividad, poca participación social, así como estancias prolongadas en un sillón o en la cama. El anciano como parte de su proceso involutivo normal presenta disminución del tono y del trofismo de su sistema osteomioarticular, lo que explica que un tejido hasta ese momento no era sensible, comience a serlo por isquemia de decúbito prolongado, punto de partida para la futura escara, a diferencia de las lesiones relacionadas por la IU en las que está presente la humedad, conllevando en su evolución a un eritema, maceración de los tejidos y en último estadio la alteración tisular.

Para la prevención de las UPP se debe cumplir una acción que compete a un equipo multidisciplinar y de apoyo mutuo entre las distintas disciplinas: enfermería, cirugía plástica, farmacia, neurofisiología, endocrinología entre otros.

Las úlceras por presión son un indicador de la calidad de los cuidados que presta enfermería y la IU un factor de riesgo.

PROPÓSITO Y OBJETIVOS

- Actualizar conocimientos en relaciones causales entre incontinencia urinaria y úlceras por presión.
- Evaluar cuidados de enfermería respecto al tratamiento y a la prevención de este tipo de lesiones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Material

Muestra de 8 pacientes seleccionados en el periodo comprendido desde junio 2006 a junio 2007.

■ **Tres correspondientes a atención primaria:** 2 mujeres de 84 años y 87 años y 1 varón de 79 años ya ulcerados.

Localización escaras: sacrocoxígeas las dos mujeres en estadio II y III la de mayor edad y en el varón en región sacra, y trocantérea derecha, ambas en estadio III.

Evaluación de la piel por la Escala Visual del Eritema (ANEXO I) basada en la Escala Visual de la dermatitis de contacto de Quinn en pliegues: grado II en ambas mujeres (eritema moderado en surco ínter glúteo) y grado III en el varón (eritema intenso en pliegues perineales y escrotales)

Utilización de dispositivos de incontinencia: absorbentes.

■ **Cinco correspondientes a atención especializada:**

5 varones de 70, 74, 75, 78 y 83 años de edad.

Localización escaras: sacro en estadio II, ambos maleolos externos en estadios I y II, talones en estadio I y región occipital.

Evaluación de la piel por la Escala Visual del Eritema basada en la Escala Visual de la dermatitis de contacto de Quinn en pliegues: en todos los casos grado II (eritema moderado en pliegues inguinales).

Utilización de dispositivos de incontinencia: sondaje vesical permanente.

El total de la muestra, pertenece a pacientes de grupo especial de riesgo:

- edad > 70 años
- inmovilizados con deterioro neurológico (alteración de la conciencia, enfermedad de Alzheimer, demencia vascular y otros)
- dependientes para los auto cuidados (higiene, alimentación, movilización, eliminación)
- incontinencia urinaria y fecal
- alteraciones tróficas de la piel

Método

Estudio descriptivo prospectivo de pacientes con identificación de especial riesgo, extremando cuidados de enfermería relacionados con IU y la integridad de la piel.

Los Diagnósticos NANDA, resultados NOC e intervenciones NIC específicos de la vigilancia de la piel, escaras / incontinencia urinaria son:

■ **Diagnóstico NANDA:**

- 46 Deterioro de la integridad cutánea
- R/C 244 factores mecánicos (ej. Cizallamiento, presión)
- 247 prominencias óseas
- 249 alteración del turgor (cambio elasticidad)
- M/P 46-2 destrucción de las capas de la piel (dermis).

■ **Resultado NOC:** 1101 Integridad tisular

1103 Curación de las heridas: por segunda intención.

■ **Intervenciones NIC:**

3520 Cuidados de las úlceras por presión

3590 Vigilancia de la piel

3540 Prevención de las úlceras por presión,

0610 Cuidados de la incontinencia urinaria.

Como herramienta de planificación de actuación hemos utilizado los algoritmos de prevención y de tratamiento de las úlceras por presión asociados a la incontinencia urinaria publicadas por GNEAUPP (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas) nº X. **Anexo II y III.**

En cuanto a las medidas especiales en los pacientes de nuestra muestra, referentes específicamente a la incontinencia urinaria y asumiendo los cuidados generales óptimos del componente «presión de las úlceras» de los cuales no vamos a hacer mención, han sido (plasmados por escrito para los profesionales de enfermería a cuyo cargo han estado cada uno de los pacientes de nuestra muestra):

1. **Lavado de la piel:** cuidando la temperatura del agua (templada - sensibilidad codo-) y la composición de los jabones (menor cantidad de productos cosméticos, pH neutro y con surfactantes no iónicos). El secado se realiza sin frotar ni ejercer fuerza con especial atención a las zonas de pliegues. Instrucción del cuidador.
2. **Hidratación de la piel:** sobre piel intacta, en nuestro caso glicerina líquida (agente humectante), por favorecer la hidratación del estrato córneo de la piel. Instrucción de cuidador
3. **Vigilar sonda vesical:** evaluación de los **espasmos vesicales** en los varones sondados con el fin de incidir en el control de la extravasación de la orina peri sonda. Control retracción del prepucio. Vigilar la correcta posición del catéter para evitar su obstrucción. Instrucción del cuidador.
4. **Vigilancia programada del estado del absorbente:** para vigilar el estado de humedad de la piel (cada 6 horas).
5. **Protección de escaras de la acción de la humedad:** utilización exclusiva de apósitos aislantes salvo contraindicaciones. Cambios adecuados de los mismos para evitar su saturación y con ello la lesión de la piel perilesional.

RESULTADOS

La evolución de las escaras de los pacientes de nuestra muestra, principalmente de aquellas no situadas sobre eminencias óseas, y por tanto las más sensibles a la acción de la humedad, a lo largo del tiempo de tratamiento, no presentaron complicaciones como la infección, maceración y edema perilesional en el 66 % de la muestra de Atención Primaria, independientemente de la evolución propia dependiente de los restantes mecanismos implicados en su evolución. En el 33% restante no pudimos concluir el seguimiento por el fallecimiento de la paciente (mujer de 87 años)

En los pacientes pertenecientes a la Atención Especializada aparecieron signos de maceración en el 100% de los casos,

con escaso edema perilesional sin signos de infección hasta su alta hospitalaria.

La piel sana sometida a los cuidados específicos de enfermería extremados en nuestro trabajo, no mostró signos de pérdida de elasticidad..

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Pensamos que está justificada la aplicación de cuidados específicos de las posibles acciones derivadas de la incontinencia urinaria en el tratamiento integral de las úlceras en pacientes inmovilizados.

La implementación de estos cuidados no revistió en nuestro caso, una sobrecarga asistencial y para el cuidador (en Atención Primaria) supuso exclusivamente una modificación de las tareas.

Respecto a la diferencia de resultados obtenidos en el seguimiento de pacientes de nuestra muestra, consideramos como posibles factores implicados en la aparición de maceración y edema perilesional en los pacientes de Atención Especializada la condición de presentar sondaje vesical en todos los casos, siendo difícil de controlar los espasmos vesicales con la consiguiente extravasación perisonda de orina, además de existir factores no modificables como son la turgencia de la ropa de cama.

Hemos tenido la suerte que en nuestros pacientes de Atención Primaria la buena evolución de las escaras ha servido de estímulo al cuidador facilitando la continuidad de los cuidados.

El proceso de evolución es básico para mejorar la eficacia de los procedimientos. La mejora de calidad debería ser sistemática, continua e interdisciplinar en la aplicación de cuidados siendo a su vez, monitorizable, valorable y modificable. ▼

RESPECTO A LA DIFERENCIA DE RESULTADOS OBTENIDOS EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES DE NUESTRA MUESTRA, CONSIDERAMOS COMO POSIBLES FACTORES IMPLICADOS EN LA APARICIÓN DE MACERACIÓN Y EDEMA PERILESIONAL EN LOS PACIENTES DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA LA CONDICIÓN DE PRESENTAR SONDAJE VESICAL EN TODOS LOS CASOS, SIENDO DIFÍCIL DE CONTROLAR LOS ESPASMOS VESICALES CON LA CONSIGUIENTE EXTRAVASACIÓN PERISONDA DE ORINA, ADEMÁS DE EXISTIR FACTORES NO MODIFICABLES COMO SON LA TURGENCIA DE LA ROPA DE CAMA.

BIBLIOGRAFÍA

Documento técnico GNEAUPP nº X. Julio 2006

NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definición y Clasificación. 2003-2004.

Gutiérrez Rodríguez, D.R. «Úlceras por presión. Magnitud en Atención Primaria de Salud». *Revista electrónica Portales médico.com*. Agosto 2006.

Jama patient page. «Úlceras por presión». *Jama*. January 8, 2003- Vol. 289, nº 2.

Arcos Díaz-Fuentes, M. et al. «Protocolo de actuación de úlceras por presión». *Excelencia enfermera*. Febrero 2006. nº 14.

Boletín Terapéutico. Escuela Andaluza de Salud. «Tratamiento local de las úlceras por presión». 2000; 16 (5).

Soldevilla Agreda J. *Guía práctica en la atención de úlceras de piel*. Madrid. Grupo Masson, 1998.

Morrillas Herrera, J. *Guía de atención a pacientes con incontinencia urinaria*. Málaga: Servicio Andaluz de Salud y Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria, 2003.

Enrique Robles, J. *Acontecimientos y cosas memorables de la incontinencia de orina*. Astellas. Madrid. 2005.

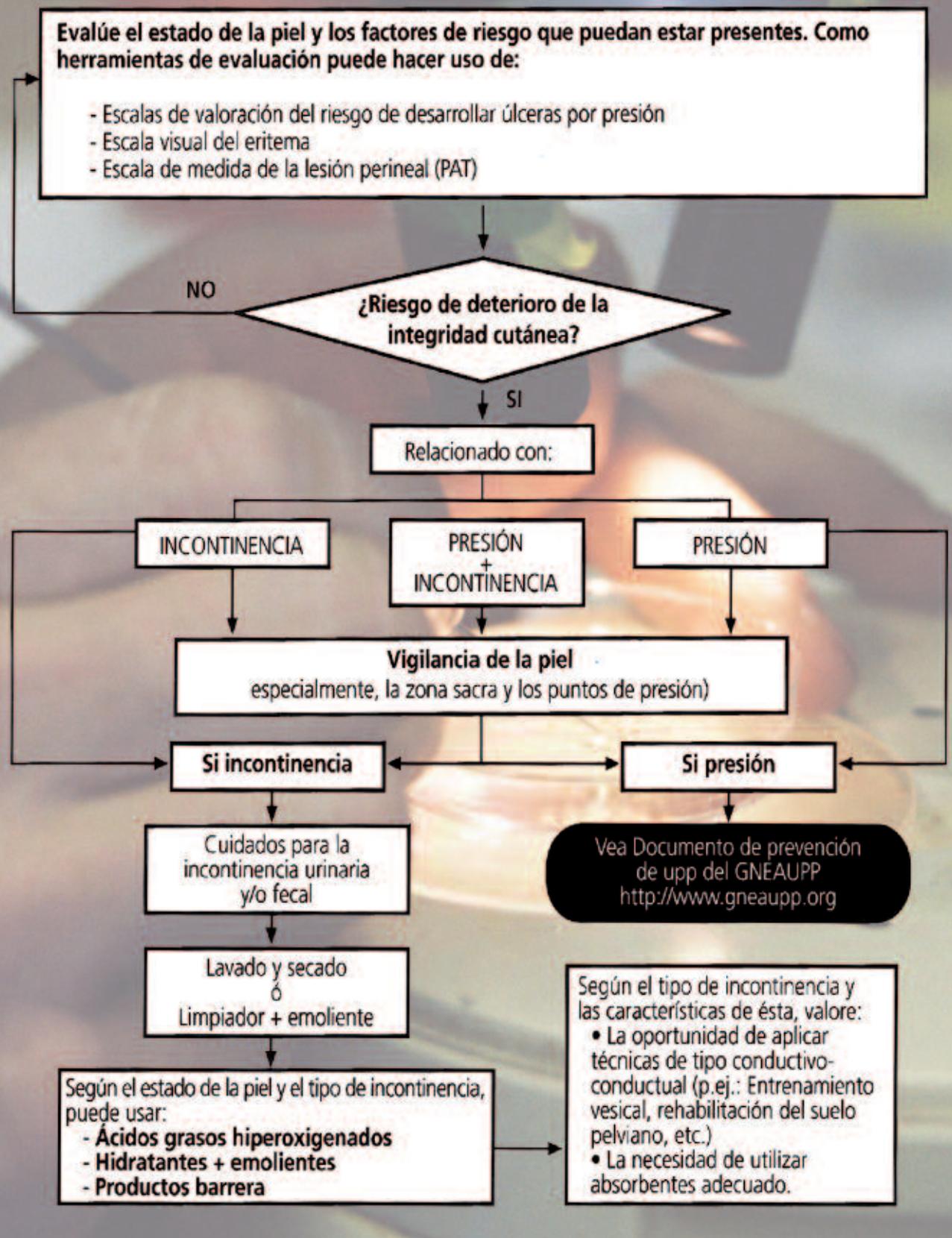
Johnson, M., et al, *Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones*. Ediciones Harcourt. 2002.

ANEXOS

ANEXO I. ESCALA VISUAL DEL ERITEMA

- 0 = No eritema.
- 1 = Poco eritema (casi imperceptible).
- 2 = Eritema moderado (piel rosa).
- 3 = Eritema intenso (piel púrpura o roja).
- 4 = Piel rota o abrasión.

ANEXO II. ALGORITMO DE PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR INCONTINENCIA



ANEXO III. ALGORITMO DE TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR INCONTINENCIA

Evalúe el estado de la piel y los factores de riesgo que puedan estar presentes. Como herramientas de evaluación puede hacer uso de:

- Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión
- Escala visual del eritema
- Escala de medida de la lesión perineal (PAT)

