



## ARTÍCULO

# ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL PACIENTE PALIATIVO ONCOLÓGICO Y NO-ONCOLÓGICO, ¿INEVITABLES? UN ESTUDIO RETROSPECTIVO

Antonio Ramos Sánchez<sup>1</sup>; M<sup>a</sup> del Carmen Águila Pollo<sup>2</sup>, Margarita Vázquez Aguilera<sup>2</sup>, David Fernández Ayuso<sup>1</sup>, Juan M. Arribas Marín<sup>1</sup>, Ana Sofía Fernandes Ribeiro<sup>1,2\*</sup>

<sup>1</sup> Escuela de Enfermería y Fisioterapia de San Juan de Dios. Universidad Pontificia Comillas. Madrid.

<sup>2</sup> Departamento de Enfermería. Fundación Instituto San José – Orden Hospitalaria de los Hermanos de San Juan de Dios. Madrid.

Contacto: [asfribeiro@gmail.com](mailto:asfribeiro@gmail.com)

## RESUMEN

**Objetivos:** Aunque en su mayoría son evitables, existen úlceras por presión que no lo son. En pacientes críticamente enfermos, como los pacientes paliativos, la aparición de estas úlceras por presión inevitables se asocia al progresivo deterioro de la piel y tejido subcutáneo provocados por la hipoperfusión asociada al proceso de morir. Ante la escasa evidencia que aún hay sobre este tipo de lesiones en el ámbito de los cuidados paliativos, se plantea el siguiente objetivo principal: Determinar la prevalencia e incidencia de úlceras por presión en una unidad de cuidados paliativos, así como el momento de aparición de éstas.

**Material y métodos:** estudio observacional descriptivo, transversal de carácter retrospectivo en una muestra consecutiva de pacientes ingresados en una unidad de cuidados paliativos durante tres años.

**Resultados:** Se atendieron 1.601 pacientes con una edad y una estancia de hospitalización media de 74,39±13,34 años y 22,40±28,33 días. La prevalencia periodo de úlceras por presión fue del 32,60% y la incidencia acumulada del 2,62%. El 36,36% de las úlceras se desarrollaron en la semana previa al fallecimiento de los pacientes incluidos en el estudio.

**Conclusión:** El diagnóstico diferencial entre UPP evitables e inevitables es clave

para poder establecer unos objetivos de cuidados realistas y no alimentar falsas esperanzas de curación. Por otro lado, dada la alta prevalencia de UPP, se hace necesario que su prevención y tratamiento se incorporen como objetivos principales en la atención a los pacientes que se encuentran en el proceso de morir.

**Palabras clave:** Úlcera por presión; cuidados paliativos; prevalencia; úlceras terminales de Kennedy.

## ABSTRACT

**Aim:** Although they are mostly avoidable, there are pressure ulcers that are not. In critically ill patients, such as palliative patients, the appearance of these unavoidable UPPs is associated with the progressive deterioration of the skin and subcutaneous tissue caused by hypoperfusion associated with the dying process. Given the scant evidence that there is still on this type of injury in the field of palliative care, the following main objective is stated: To determine the prevalence and incidence of pressure ulcers in a palliative care unit, as well as the

moment of appearance of these.

**Patients and methods:** an observational, retrospective and cross-sectional study in a consecutive sample of patients admitted to a palliative care unit for three years.

**Results:** 1,601 patients were attended with an age and an average stay of  $74,39 \pm 13,34$  years and  $22,40 \pm 28,33$  days. The prevalence period of pressure ulcers was 32,60% and the cumulative incidence of 2.62%. 36.36% of the ulcers developed in the week prior to the death of the patients.

**Conclusion:** The differential diagnosis between avoidable and unavoidable UPP is key to being able to establish realistic care goals and not feed false hopes of cure. On the other hand, given the high prevalence of UPP, it is necessary that its prevention and treatment are incorporated as main objectives in the care of patients who are in the dying process.

**Keywords:** Pressure ulcer; palliative care; prevalence; Kennedy Terminal Ulcer.

## INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión (UPP) son un tipo de herida crónica que generalmente afectan a pacientes con edad avanzada, deterioro cognitivo o de movilidad y múltiple comorbilidad asociada (1-3). En abril de 2016, durante un congreso del *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) celebrado en Chicago, se ha redefinido el concepto de las UPP. Según esta última actualización, las UPP son una lesión localizada en la piel y/o tejido blando subyacente, generalmente sobre una prominencia ósea o relacionada con un dispositivo médico o de otro tipo. La lesión puede presentarse como una piel intacta o una úlcera abierta y puede ser dolorosa. Esta se produce como resultado de una presión intensa y/o prolongada o presión en combinación con cizalla. La tolerancia de los tejidos blandos para la presión y el cizallamiento también puede verse afectada por el microclima, la nutrición, la perfusión, las comorbilidades y el estado del tejido blando (4).

A consecuencia de los elevados costes derivados del tratamiento de UPP, los gobiernos, departamentos de la salud e instituciones se afanan en implementar medidas preventivas. Países como Japón, Reino Unido, Australia o Estados Unidos han implementado políticas en este sentido (5-8).

La prevención ha demostrado su cos-

te-efectividad frente al tratamiento de UPP instauradas (9). Intervenciones como la utilización de superficies de alivio de presiones, un buen manejo de la humedad en la piel, la utilización de apósitos de manera profiláctica para reducir el cizallamiento o tener en cuenta las consideraciones nutricionales de los pacientes, han demostrado ser útiles en materia de prevención (10-14). Así mismo, la creación y puesta en funcionamiento de equipos multidisciplinares específicos con formación avanzada en prevención y tratamiento de UPP, han demostrado su eficacia y suponen a la larga un ahorro económico (15, 16).

Tras lo expuesto hasta ahora, cabe preguntarse: ¿Todas las UPP son evitables? Hasta la fecha no se ha reportado ninguna intervención que de forma consistente y reproducible reduzca la incidencia a cero (17).

Por lo tanto, en respuesta a la pregunta; aunque en su mayoría son evitables, se cifran en un 95% de los casos, existen UPP que no lo son. Una UPP inevitable es aquella que se desarrolla a pesar de que se haya evaluado la condición clínica y los factores de riesgo de desarrollar una UPP; que se hayan definido e implementado intervenciones, formuladas y monitorizadas con estándares reconocidos, acordes con las necesidades del paciente y que se ha-

yan valorado como apropiadas (18-21).

En pacientes críticamente enfermos, como los pacientes paliativos, la aparición de estas UPP inevitables se asocia al progresivo deterioro de la piel y tejido subcutáneo provocados por la hipoperfusión. A este tipo de lesiones también se les conoce como *Kennedy Terminal Ulcer* (KTU), **Úlceras de Kennedy**. Las KTU son UPP inevitables de aparición súbita, generalmente en la zona sacrocóxigea, y que forman parte del proceso de morir (Tabla 1). Por consiguiente, si el desarrollo de la UPP es inevitable, la curación es implantable (22-25).

La literatura sitúa la prevalencia de UPP en la población paliativa entre un 14-28% y la incidencia en las unidades de hospitalización de cuidados paliativos entre un 10-13%. El 62% desarrollarán UPP dentro de las dos últimas semanas de vida (26-28). De ahí surge la motivación y la necesidad de llevar a cabo el presente estudio, con los objetivos de: determinar la prevalencia periodo y la incidencia acumulada de UPP en pacientes paliativos ingresados y establecer el tiempo transcurrido desde la aparición de la úlcera por presión hasta el fallecimiento de los pacientes en una unidad de cuidados paliativos.

**Tabla 1.** Diferencias entre úlceras por presión y *Kennedy Terminal Ulcers*. Elaboración propia a partir de (24).

	UPP	KTU
Color	Rojez persistente	Decoloración amarillenta, púrpura o negra
Forma	Redonda	Forma de mariposa o de pera
Fisiopatología	Isquemia secundaria a una presión constante sobre una prominencia ósea	Isquemia secundaria a hipoperfusión por enfermedad avanzada
Mortalidad	Baja	Alta

## MATERIAL Y METODOS

Se trata de un estudio observacional, retrospectivo y transversal. La recogida de datos para el establecimiento de prevalencias e incidencias se ha realizado en base al *Pressure Ulcer Prevalence Collection Sheet* y el diseño se ha establecido siguiendo estándares internacionales (29, 30)

El estudio se centra en pacientes ingresados en la unidad de cuidados paliativos de la Fundación Instituto San José (FISJ) de Madrid entre el 1 de enero de 2013 y 31 de diciembre de 2015. En ella se atienden a pacientes que precisan Cuidados al Final de la Vida, que por diferentes motivos no pueden ser prestados en domicilio. Diagnosticados de cáncer, SIDA,

patología geriátrica avanzada, enfermedades neurodegenerativas o enfermedades de órgano terminal (insuficiencia cardíaca avanzada, insuficiencia renal avanzada, insuficiencia respiratoria crónica avanzada y hepatopatía crónica avanzada) y con un pronóstico de vida limitado en el tiempo.

Como medidas epidemiológicas para determinar la magnitud de la enfermedad, se han utilizado la Prevalencia de Periodo (PP) y la Incidencia Acumulada (IA), tal y como se sugiere en el consenso internacional reflejado en el trabajo de Baharestani et al. (31).

El análisis estadístico se realizó a través del software estadístico IBM SPSS® IBM

Corp. Released 2010. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp. Se ha llevado a cabo una estadística descriptiva, usando para las variables cualitativas tablas de frecuencias absolutas y relativas, y para las variables cuantitativas se han calculado las medidas de tendencia central y de dispersión más habituales (media, desviación típica, máximo, mínimo y suma).

El presente estudio cuenta con la autorización de la dirección de la FISJ y el dictamen favorable por parte del Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC) del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, con el código de registro 16/365-E.

## RESULTADOS

En el periodo a estudio se atendieron 1.601 pacientes con una media de edad de 74,39±13,34 años. La estancia de hospitalización media fue de 22,40±28,33 días,

siendo el éxito el motivo de alta más frecuente (87,26%). El 79,95% de la muestra poseía un diagnóstico clínico oncológico. La valoración del riesgo de desarrollar úl-

ceras por presión se realizó a través de la escala Braden, siendo la puntuación media obtenida en los sujetos de 12,42±2,86 puntos, en el momento de su ingreso.

Categoría de la UPP	Media	Desviación estándar	n
Categoría I	3,71	2,43	7
Categoría II	4,29	1,77	14
Categoría III	3,50	2,12	2
Categoría IV	2,00	-	1
<b>Total</b>	<b>3,96</b>	<b>1,94</b>	<b>24</b>

**Tabla 2.** Tiempo transcurrido en días desde la aparición de la UPP hasta el éxito. Distribución por categorías. n=24.

Localización Anatómica UPP	Media	Desviación estándar	n
Columna	5,00	-	1
Codo	4,67	2,51	3
Dedos pie	1,00	-	1
Maléolo externo	5,00	-	2
Rodilla	-	-	1
Talón	4,00	1,67	6
Nariz	5,00	-	1
Sacro	4,00	1,93	9
<b>Total</b>	<b>3,96</b>	<b>1,94</b>	<b>24</b>

**Tabla 3.** Tiempo transcurrido desde la aparición de la UPP hasta el éxito. Distribución por localización anatómica. n=24.

La PP se establece en un 32,60%, siendo la IA del 2,62%. De forma previa o posterior a la admisión en la unidad, se desarrollaron un total de 885 UPP en 522 pacientes. Las más frecuentes fueron las de categoría II (n=481), siendo las me-

nos prevalentes las UPP de categoría IV (n=55). En el 53,25% de la muestra con UPP, se desarrolló más de una.

Sobre una muestra total de 66 UPP desarrolladas tras la admisión de los pacientes, 24 (36,36%) lo hicieron en la

última semana de estancia previa al éxitus. El tiempo medio transcurrido desde su aparición hasta el fallecimiento fue de  $3,96 \pm 1,94$  días (Tabla 2). La localización anatómica más frecuente fue la región sacra (Tabla 3).

## DISCUSIÓN

Si bien los resultados muestran una IA comparativamente más baja, la PP de UPP entre los pacientes ingresados en el programa de CP parece estar en sintonía con lo hallado en otros estudios de similares características. En un estudio sobre población paliativa realizado en Suecia en unidades específicas de CP, la PP en el momento de la admisión era del 19% y en el momento del fallecimiento de 29,7%. En ambas la categoría de UPP más frecuente fue la categoría I (32). Queiroz et al. (33), entre una muestra de sujetos en un programa de CP domiciliarios, publicaron una PP de 18,8%. También sobre esta modalidad de atención paliativa, Sankaran et al. (34) publican una prevalencia de 19,44% entre la población atendida en CP domiciliarios. Con una estancia media de  $24,8 \pm 31,4$  días, muy similar a la de nuestra población en el programa de hospitalización de CP, en una unidad de cuidados paliativos en Polonia se informa de una IA del 11,9% sobre una muestra de 329 pacientes cu-

yos datos fueron analizados de forma retrospectiva. Cifra similar a la reportada por Artico et al. (35) en su reciente trabajo, donde documentan una PP de 13,10% y una IA del 13%. En un trabajo publicado en 2015 sobre una población de pacientes ingresados en un programa de CP, de características homólogas a la de nuestra muestra, se identifica una PP de UPP del 34,18%. Un estudio italiano en el que se recolectan datos relativos a UPP en 414 pacientes ingresados en una unidad de CP durante seis meses, encuentra una PP de 22,9% y una IA superior a la hallada en nuestro estudio; 6,7% por 2,62%, circunstancia que guarda relación con la aplicación de protocolos específicos en materia de prevención y la existencia en el hospital de un equipo multidisciplinar con formación avanzada y específica en el manejo de este tipo de lesiones (15, 16). Otros estudios muestran datos similares con prevalencias entre 24-27% (26, 27, 36-38).

Cabe destacar la alta incidencia de UPP desarrolladas en la semana previa al fallecimiento de los sujetos. Dato que sugiere, lejos de poderse interpretar como una consecuencia de mala praxis, estar sustentado por los trabajos publicados en relación con la aparición de UPP terminales o KTU, motivadas por los cambios que se producen en la piel en pacientes al final de la vida y que las convierte en inevitables, tal y como se recoge en el *Skin Changes at Life's End (SCALE) Consensus Statment* (19, 20, 23, 24, 39).

No obstante, no debemos obviar que el proporcionar confort al paciente ha de ser uno de los principales objetivos en la última fase de la enfermedad, cuando la muerte está muy próxima. Algo que en ocasiones puede entrar en discordancia con la rigidez de los protocolos de prevención de UPP. Este último hecho, puede dificultar aún más la obtención de un diagnóstico diferencial, ya de por sí, difícil de establecer (40).

## CONCLUSION

La causa de la mayoría de las UPP se encuentra en una presión constante sobre la piel, a menudo acompañada de fricción y cizallamiento, lo que produce la consiguiente isquemia y daño tisular. En pacientes paliativos, en los que el final de la vida está muy próximo se produce una hipoperfusión que priva a la piel del

oxígeno y nutrientes necesarios, lo que produce un daño inevitable sobre ésta y que en muchas ocasiones puede confundirse con una UPP. La diferenciación es clave para poder establecer los objetivos de cuidados realistas y no alimentar falsas esperanzas de curación. Sería deseable avanzar en la elaboración de criterios

operativos que ayudaran a identificar este tipo de lesiones. Por otro lado, dada la alta prevalencia de UPP, un 32,60%, y su negativa repercusión en la calidad de vida, se hace necesario que su prevención y tratamiento se incorporen como objetivos principales en la atención a los pacientes que se encuentran en el proceso de morir.

## BIBLIOGRAFÍA

1. White-Chu EF, Flock P, Struck B, Aronson L. Pressure ulcers in long-term care. Clin Geriatr Med. 2011 May;27(2):241-58.
2. Sen CK, Gordillo GM, Roy S, Kirsner R, Lambert L, Hunt TK, et al. Human skin wounds: a major and snowballing threat to public health and the economy. Wound Repair Regen. 2009 Nov-Dec;17(6):763-71.

3. Hanson D, Langemo DK, Olson B, Hunter S, Sauvage TR, Burd C, et al. The prevalence and incidence of pressure ulcers in the hospice setting: analysis of two methodologies. *Am J Hosp Palliat Care*. 1991 Sep-Oct;8(5):18-22.
4. The National Pressure Ulcer Advisory Panel, NPUAP. *Pressure Injury Stages*; 2016.
5. Sanada H, Miyachi Y, Ohura T, Moriguchi T, Tokunaga K, Shido K, et al. The Japanese pressure ulcer surveillance study: a retrospective cohort study to determine prevalence of pressure ulcers in Japanese hospitals. *Wounds*. 2008 June 01;20(6):176-82.
6. High Impact Actions: Your Skin Matters [Internet].; 2013 [accessed on Apr. 5. 2018]. Available from: [http://www.institute.nhs.uk/building\\_capability/general/your\\_skin\\_matters.html](http://www.institute.nhs.uk/building_capability/general/your_skin_matters.html).
7. Stotts NA, Brown DS, Donaldson NE, Aydin C, Fridman M. Eliminating hospital-acquired pressure ulcers: within our reach. *Adv Skin Wound Care*. 2013 Jan;26(1):13-8.
8. Asimus M, Maclellan L, Li PI. Pressure ulcer prevention in Australia: the role of the nurse practitioner in changing practice and saving lives. *Int Wound J*. 2011 Oct;8(5):508-13.
9. Lyder CH. Pressure ulcer prevention and management. *JAMA*. 2003 Jan 08;289(2):223-6.
10. Moore ZE, Cowman S. Repositioning for treating pressure ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Jan 5;1:CD006898.
11. Santamaria N, Liu W, Gerdtz M, Sage S, McCann J, Freeman A, et al. The cost-benefit of using soft silicone multilayered foam dressings to prevent sacral and heel pressure ulcers in trauma and critically ill patients: a within-trial analysis of the Border Trial. *Int Wound J*. 2015 June 01;12(3):344-50.
12. Pham B, Teague L, Mahoney J, Goodman L, Paulden M, Poss J, et al. Early prevention of pressure ulcers among elderly patients admitted through emergency departments: a cost-effectiveness analysis. *Ann Emerg Med*. 2011 Nov;58(5):78.e3.
13. Reddy M, Gill SS, Rochon PA. Preventing pressure ulcers: a systematic review. *JAMA*. 2006 Aug 23;296(8):974-84.
14. Tran JP, McLaughlin JM, Li RT, Phillips LG. Prevention of Pressure Ulcers in the Acute Care Setting: New Innovations and Technologies. *Plast Reconstr Surg*. 2016 September 01;138(3 Suppl):40S.
15. Tait C, Gibson E. Chronic wound audit: evaluation of a tissue viability service. *Br J Nurs*. 2007 Nov 8-21;16(20):S18 passim.
16. Moore ZE, Webster J, Samuriwo R. Wound care teams for preventing and treating pressure ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Sep 16;(9):CD011011. doi(9):CD011011.
17. Thomas DR. Are all pressure ulcers avoidable? *J Am Med Dir Assoc*. 2001 Nov-Dec;2(6):297-301.
18. Jones D. Pressure ulcer prevention in the community setting. *Nurs Stand*. 2013;28(3):55; quiz 56.
19. Alvarez OM, Brindle CT, Langemo D, Kennedy-Evans KL, Krasner DL, Brennan MR, et al. The VCU Pressure Ulcer Summit: The Search for a Clearer Understanding and More Precise Clinical Definition of the Unavoidable Pressure Injury. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2016 Sep-Oct;43(5):455-63.
20. Black JM, Edsberg LE, Baharestani MM, Langemo D, Goldberg M, McNichol L, et al. Pressure ulcers: avoidable or unavoidable? Results of the National Pressure Ulcer Advisory Panel Consensus Conference. *Ostomy Wound Manage*. 2011 Feb;57(2):24-37.
21. Edsberg LE, Langemo D, Baharestani MM, Posthauer ME, Goldberg M. Unavoidable pressure injury: state of the science and consensus outcomes. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2014 Jul-Aug;41(4):313-34.
22. Palese A, Trevisani B, Guarnier A, Barelli P, Zambiasi P, Allegrini E, et al. Prevalence and incidence density of unavoidable pressure ulcers in elderly patients admitted to medical units. *J Tissue Viability*. 2017 May;26(2):85-8.
23. Kennedy-Evans K. Understanding the Kennedy terminal ulcer. *Ostomy Wound Manage*. 2009 Sep 15;55(9):6.
24. Schank JE. Kennedy terminal ulcer: the "ah-ha!" moment and diagnosis. *Ostomy Wound Manage*. 2009 Sep 15;55(9):40-4.
25. Maklebust J. Pressure ulcers: the great insult. *Nurs Clin North Am*. 2005 June 01;40(2):365-89.
26. Galvin J. An audit of pressure ulcer incidence in a palliative care setting. *Int J Palliat Nurs*. 2002 May;8(5):214-21.
27. Hendrichova I, Castelli M, Mastroianni C, Piredda M, Mirabella F, Surdo L, et al. Pressure ulcers in cancer palliative care patients. *Palliat Med*. 2010 Oct;24(7):669-73.
28. Richards A, Kelechi TJ, Hennessy W. Risk factors and wound management for palliative care patients. *J HOSP PALLIAT NURS*. 2007;9(4):179-81.
29. International consensus: Making the case for cost-effective wound management [Internet].; 2013 [cited Mar 4, 2017]. Available from: <http://www.woundsinternational.com/consensus-documents/view/international-consensus-making-the-case-for-cost-effective-wound-management>.
30. European Pressure Ulcer Prevalence Survey Minimum Data Set [Internet].; 2002 [accessed on Apr. 5. 2018]. Available from: <http://www.eupap.org/pressure-ulcer-research/pressure-ulcer-prevalence-collection-sheet/>.
31. Baharestani MM, Black JM, Carville K, Clark M, Cuddigan JE, Dealey C, et al. Dilemmas in measuring and using pressure ulcer prevalence and incidence: an international consensus. *Int Wound J*. 2009 Apr;6(2):97-104.
32. Carlsson ME, Gunningberg L. Predictors for Development of Pressure Ulcer in End-of-Life Care: A National Quality Register Study. *J Palliat Med*. 2017 Jan;20(1):53-8.
33. Queiroz AC, Mota DD, Bachion MM, Ferreira AC. Pressure ulcers in palliative home care patients: prevalence and characteristics. *Rev Esc Enferm USP*. 2014 Apr;48(2):264-71.
34. Sankaran BM, Chakraborty S, Patil VM, Raghavan SN, Thomas S, Sen S. Burden and outcomes of pressure ulcers in cancer patients receiving the kerala model of home based palliative care in India: results from a prospective observational study. *Indian J Palliat Care*. 2015 May-Aug;21(2):152-7.
35. Artico M, Dante A, D'Angelo D, Lamarca L, Mastroianni C, Petitti T, et al. Prevalence, incidence and associated factors of pressure ulcers in home palliative care patients: A retrospective chart review. *Palliat Med*. 2018 Jan;32(1):299-307.
36. Sternal D, Wilczy ski K, Szewieczek J. Pressure ulcers in palliative ward patients: hyponatremia and low blood pressure as indicators of risk. *Clin Interv Aging*. 2017;12:37-44.
37. Ramos A, Morillo JM, Gayo N, Tasiguano JE, Munzón E, Ribeiro ASF. Curar o paliar: ¿qué cuesta más? Análisis de costes del tratamiento de una herida crónica en función de su finalidad. *Medicina Palliativa*. 2015 April;22(2):45-51.
38. Reifsnnyder J, Magee HS. Development of pressure ulcers in patients receiving home hospice care. *WOUNDS*. 2005;17(4):74-9.
39. Sternal D, Wilczy ski K, Szewieczek J. Pressure ulcers in palliative ward patients: hyponatremia and low blood pressure as indicators of risk. *Clin Interv Aging*. 2017;12:37-44.
40. Yastrub DJ. Pressure or pathology: distinguishing pressure ulcers from the Kennedy terminal ulcer. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2010 May-Jun;37(3):249-50.