

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 implementación 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 Plà. 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 hueco 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 hueco 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

TEP^{9,10}, lo que se ha denominado TEP silente o asintomática. Los datos disponibles no aclaran si la frecuencia de recidiva tromboembólica es mayor en los pacientes con TVP asociada a TEP silente y si la presencia de TEP silente debe modificar la actitud terapéutica^{9,10}.

Nuestro estudio indica que el tratamiento ambulatorio de la TVP aislada en nuestro medio es posible y seguro en pacientes seleccionados sin comorbilidad importante. No obstante, menos de la quinta parte de nuestros pacientes recibió este tratamiento. En el futuro, el número de pacientes con TVP aislada tratados ambulatoriamente probablemente aumentará, y la participación de la atención primaria en esta estrategia será fundamental.

J.M. Calvo-Romero^a
y E.M. Lima-Rodríguez^b

^aServicio de Medicina Interna. Hospital Ciudad de Coria. Coria. Cáceres. España.

^bMedicina Familiar y Comunitaria. Área de Salud de Coria. Cáceres. España.

1. Büller HR, Agnelli G, Hull RD, Hyers TM, Prins MH, Raskob GE. Antithrombotic therapy for venous thromboembolic disease: the Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. *Chest*. 2004;126 Suppl:S401-28.
2. Bates SM, Ginsberg JS. Clinical practice. Treatment of deep-vein thrombosis. *N Engl J Med*. 2004;351:268-77.
3. Koopman MM, Prandoni P, Piovella F, Ockelford PA, Brandjes DP, et al. Treatment of venous thrombosis with intravenous unfractionated heparin administered in the hospital as compared with subcutaneous low-molecular-weight heparin administered at home. The Tasman Study Group. *N Engl J Med*. 1996;334:682-7.
4. Harrison L, McGinnis J, Crowther M, Ginsberg J, Hirsh J. Assessment of outpatient treatment of deep-vein thrombosis with low-molecular-weight heparin. *Arch Intern Med*. 1998;158:2001-3.
5. Segal JB, Bolger DT, Jenckes MW, Krishnan JA, Streiff MB, Eng J, et al. Outpatient therapy with low molecular weight heparin for the treatment of venous thromboembolism: a review of efficacy, safety, and costs. *Am J Med*. 2003;115:298-308.
6. Boccalon H, Elias A, Chale JJ, Cadene A, Gabriel S. Clinical outcome and cost of hospital vs home treatment of proximal deep vein thrombosis with a low-molecular-weight heparin: the Vascular Midi-Pyrenees study. *Arch Intern Med*. 2000;160:1769-73.

7. Rodger MA, Gagne-Rodger C, Howley HE, Carrier M, Coyle D, Wells PS. The outpatient treatment of deep vein thrombosis delivers cost savings to patients and their families, compared to inpatient therapy. *Thromb Res*. 2003;112:13-8.
8. Backman K, Carlsson P, Kentson M, Hansen S, Engquist L, Hallert C. Deep venous thrombosis: a new task for primary health care. A randomised economic study of outpatient and inpatient treatment. *Scand J Prim Health Care*. 2004;22:44-9.
9. Monreal M, Buller H, Lensing AW, Bonnet M, Roncales J, Muchart J, et al. Should patients with deep vein thrombosis alone be treated as those with concomitant asymptomatic pulmonary embolism? A prospective study. *Thromb Haemost*. 2002;88:938-42.
10. Meignan M, Rosso J, Gauthier H, Brunengo F, Claudel S, Sagnard L, et al. Systematic lung scans reveal a high frequency of silent pulmonary embolism in patients with proximal deep venous thrombosis. *Arch Intern Med*. 2000;160:159-64.

Explicar la posología de la medicación a inmigrantes magrebíes en su idioma. ¿Realmente necesario?

Introducción. Durante estos últimos años y debido al fenómeno creciente de la inmigración se ha producido un aumento de la demanda de atención sanitaria por parte de estos pacientes. La mayoría de los inmigrantes abandonan sus países de origen empujados por la pobreza, los conflictos sociales, políticos, étnicos, etc., y en numerosas ocasiones no conocen el idioma del país al que emigran (muy frecuente en inmigrantes magrebíes y de países del este). Esta situación puede causar saturación en nuestras consultas, y el médico de atención primaria ve que tiene que atender a una población nueva, con enfermedades a me-

nudo poco habituales y que, además, no entiende su idioma. El paciente tampoco entiende el idioma del médico, con lo que la comunicación es muy difícil. De estas premisas surgen los objetivos de esta investigación, para valorar si conocer ligeramente el idioma de nuestros inmigrantes puede ayudar a que cumplan mejor los tratamientos¹⁻⁵.

Objetivo. Conocer si explicar la posología de la medicación a inmigrantes magrebíes en su idioma mejora significativamente la cumplimentación terapéutica.

Diseño. Estudio de intervención.

Emplazamiento. Centro de salud semiurbano de la periferia de nuestra ciudad.

Participantes. Se seleccionó aleatoriamente a 120 pacientes magrebíes a los que, tras acudir a consulta a demanda, se les prescribía un tratamiento farmacológico. Los pacientes seleccionados debían llevar menos de 12 meses en España.

Intervenciones y mediciones. Se dividieron en 2 grupos homogéneos de 60 pacientes. A un grupo de 60 se le explicaba la posología de la medicación en castellano y a otro grupo se le explicaba mediante una plantilla impresa en idioma árabe. A los 15 días se les hacía volver a la consulta y se comprobaba si habían tomado adecuadamente la medicación. El cumplimiento de la posología se dividió en muy bueno, bueno, regular, malo y muy malo, según criterios previamente definidos.

Resultados. Sólo se pudo comprobar el cumplimiento en 104 pacientes (53 del grupo en castellano y 51 del grupo en magrebí). Cuando la explicación fue en castellano, el 15,09% de los pacientes tuvieron un cumplimiento muy bueno o bueno, mientras que fue regular en el 18,88%. Cuando se realizó en árabe, el 27,45% tuvo un cumplimiento muy bueno o bueno, y fue regular en el 23,53%. Las diferencias de cumplimiento fueron estadísticamente significativas ($p < 0,01$) (tabla 1).

Discusión y conclusiones. El idioma puede originar problemas de comunicación, hacer que la asistencia sea complicada y que no se resuelvan las enfermedades. Por otro lado, puede crear angustia en el profesional que dispone de muy poco tiempo para cada paciente y se enfrenta con algunos a los que no comprende, y que a menudo se presentan en la consulta con mu-

Palabras clave: Medicación. Idioma. Árabe. Inmigración. Mejora.

TABLA 1 Cumplimiento terapéutico según el idioma en que se explica la posología

	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
Castellano	2 3,77%	6 11,32%	10 18,88%	25 47,17%	10 18,88%
Magrebí	4 7,84%	10 19,61%	12 23,53%	20 39,22%	5 9,80%
p	< 0,05	< 0,05	NS	< 0,05	< 0,05

Los valores expresan el número y el porcentaje.

chos problemas de salud. Este estudio sugiere que cualquier esfuerzo para acercarse o conocer más a los pacientes inmigrantes es muy útil para conseguir una mejora en su atención sanitaria. Como conclusiones se puede afirmar que, en general, la observancia terapéutica en la población magrebí con menos de un año en España es reduci-

da, y que la adaptación a su idioma para explicar la posología mejora significativamente el cumplimiento.

M. Leal-Hernández, J. Abellán-Alemán y A. Sánchez-Sánchez
 Universidad Católica de Murcia (UCAM).
 Murcia. España.

1. Jansá JM, Borrell C. Inmigración, desigualdades y atención primaria: situación actual y prioridades. *Aten Primaria*. 2002;29:468.
2. Martín MA. El paciente inmigrante en atención primaria. ¿Estamos preparados? *Aten Primaria*. 2001;28:89-90.
3. Barro S, Saus M, Barro A, Fons M. Depresión y ansiedad en inmigrantes no regularizados. *Aten Primaria*. 2004;34:504.
4. Duran JA, Figeroa J. Cumplimiento de la medicación: características, factores que lo determinan y recomendaciones para mejorarlo. *Med Clin (Barc)*. 1988;90:338-43.
5. Buitrago F, Mendoza R. Responsabilidad del médico de atención primaria en el uso racional del medicamento. *Aten Primaria*. 1995;15:137-8.