

# LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN, LA PIEL, EL CUERPO Y SU ENTORNO UN PROBLEMA DE CUIDADO

Alberto Vasco Uribe\*

## Resumen

*A partir de un diagnóstico específico, de úlceras por presión cuyo tratamiento es práctico, se pretende establecer relaciones clínicas, causales, ideológicas, culturales, históricas, éticas, pedagógicas e incluso, político-administrativas. Se establece esta cosmovisión con el propósito de ilustrar cómo este tipo de relaciones, aparentemente especulativas y teóricas, contribuyen a comprender mejor la enfermedad, los pacientes que la padecen y el marco conceptual e institucional en el que se tratan y pretenden curar, lo que permite, a su vez, desarrollar conclusiones prácticas de mucha utilidad para lograr coherencia y eficacia en las acciones sanitarias.*

## Palabras clave

*Úlcera por decúbito  
Cuidados de enfermería  
Piel*

---

\* Director académico de IDERS. L. Barcelona. E-mail: avasco@readysoft.es

# PRESSURE ULCERS, THE SKIN, THE BODY AND ITS ENVIRONMENT: A SERIUOS PROBLEM

## Summary

*From a specific diagnosis, this article pretends to establish clinical, cause, ideological, cultural, historical, ethical, pedagogical and even political-administrative relationships for pressure ulcers whose treatment is practical. This cosmvision is established in order to illustrate how this kind of relationships, apparently speculative and theoretical, contributes to a better understanding of this disease, patients, as well as the conceptual and institutional framework which treats and tries to cure patients. At the same time, this allows to develop very useful and practical conclusions to reach coherence and efficacy in sanitary actions.*

## Key Words

*Bedsóre  
Nursing care  
Skin*

Las úlceras por presión, son una realidad incuestionable en la vida hospitalaria, cuya incidencia varía, según las instituciones, entre un 20 y un 60% del total de los ingresos en los centros geriátricos. En España, aunque los datos aún son fragmentados, la incidencia hospitalaria se encuentra alrededor de un 25% de los pacientes ingresados en un período de un año. Dentro de un mismo hospital la incidencia puede variar en cada uno de sus servicios.

El significado de este hecho es realmente alarmante, pues se trata de un problema cuya prevención es, al menos en la teoría, fácil y asequible. Alarmante desde el punto de vista de los pacientes, que ven deteriorada su calidad de vida, su estancia hospitalaria y su período poshospitalización. Lo es desde el punto de vista de los profesionales, que sienten, ante estos casos, una especie de distancia frustrante, debido quizás a que, de alguna forma, es el testimonio de un descuido en el tratamiento y en los cuidados. Es alarmante, además desde el punto de vista institucional, porque una úlcera puede ser la causa de una estancia hospitalaria más larga lo que repercute en un incremento considerable de los costos hospitalarios.

Existe la tendencia a considerar el problema de las úlceras como un problema académico de segundo orden, lo que se puede corroborar en las historias clínicas, donde ni siquiera se reporta su presencia.

Al mismo tiempo, persiste la curiosa creencia de que el problema se presenta por causas, consideradas como normales, en ocasiones y, en otras como una situación debida al azar, a una casualidad, por tanto impredecible.

La fisiopatología del proceso de formación y de resolución de las úlceras, es bastante conocida, esto ha permitido el establecimiento de protocolos que, en teoría, permiten resolver el problema con facilidad y sencillez. Por esa razón resulta incomprensible su alta incidencia, su descuido, y su constancia y continuidad en la vida del medio hospitalario. Se hace énfasis en el medio hospitalario, porque que es allí donde más se produce esta lesión, donde puede ser evitada y en donde los costos adquieren una mayor importancia; lo cual no significa que no existan o que no sean problema en otras instituciones y en la atención domiciliaria.

El propósito de esta reflexión es el de contribuir a una mejor comprensión del fenómeno, a través de puntos de vista provenientes de diferentes disciplinas, que permitan abordar el problema de una forma más global, totalizante, en un intento por superar la atención focalizada a la úlcera que sigue siendo útil e importante; pues a juicio del autor, se trata de una lesión que, por su relación con la piel, con el estatus social, con la forma como es tratada, marginada y a veces ignorada, es un fenómeno mucho más complejo que una simple úlcera dermatológica localizada.

Como se tratará de mostrar, un enfoque global ha de llevar a algunas consideraciones sobre temas y problemas que pueden ser de gran utilidad e incluso, generar sorpresas.

### ***Consideraciones generales***

*En primer lugar*, se harán algunas observaciones alrededor del concepto de salud en general y de las explicaciones vigentes acerca del proceso de enfermar y de curar, en la medida en que se trata de conceptos científicos (salud y enfermedad) pero además, de conceptos que generan todo un conocimiento de claro contenido cultural e ideológico, propio de las personas, de los ciudadanos comunes y corrientes, incluyendo a los profesionales de la salud, quienes no pueden distinguir fácilmente, si su práctica cotidiana está regida por representaciones culturales, de su grupo social, o por fundamentos científicos adquiridos en los estudios profesionales, como ellos creen.

Tal como el autor lo ha desarrollado en otros artículos, se puede aceptar que la explicación sociocultural de la enfermedad, y en buena parte la científica, es básicamente, que ésta se produce como resultado de una agresión externa, esto es: la unicausalidad externa de las enfermedades. Las implicaciones y los significados de un modelo de este tipo, tanto en el concepto de salud, como en el de enfermedad, son múltiples y muy importantes, pero aquí se tratarán sólo aquellos que están relacionados con el tema específico de las úlceras por presión.

En este contexto, la interpretación sociocultural dominante, de la agresión externa, se produce por dos razones principales: 1) alguien hizo, y envió esa agresión o 2) la agresión

se produce por una especie de fatalidad, de mala suerte, de casualidad desgraciada. En cuanto al primer tipo de razones, el agresor puede ser un dios, o varios, que utilizan la enfermedad como un castigo, o bien puede ser un enemigo. En las dos circunstancias, aparece el concepto de culpa como una de las condiciones que justifican la agresión. La persona es culpable de enfermar y alguien tiene la culpa de que enferme.

La enfermedad como castigo y la condición de enfermo como culpable, es una realidad sociológica demostrable en la actualidad, aunque parezca que se esté hablando de épocas pasadas. El encierro, la incomunicación, el control, el desprecio por la opinión, los horarios y determinadas prácticas en los hospitales, la invasión e irrespeto a la intimidad, el destierro de la sexualidad, el tipo y horario de las comidas, para no hablar de lo que se llaman *técnicas invasivas* tanto de exploración como de tratamiento, son sólo algunos ejemplos.

Michel Foucault ha hecho una reflexión, por lo demás muy interesante, acerca de las relaciones semióticas entre los hospitales y las cárceles, en su libro *Vigilar y castigar*.

Esta condición de culpa o castigo, se manifiesta, también en las actitudes que se asumen frente a ciertas enfermedades. Se puede hablar públicamente, e incluso presumir de algunas. Los pacientes suelen contar con cierto regocijo, que su intervención ha sido la más larga, la más complicada, la más dolorosa, que su enfermedad ha sido la más difícil de diagnosticar, la más rara. Pero de otras enfermedades se guarda un silencio sepulcral. Nadie va presumiendo de que tiene una gonorrea florida (como a veces la denominan los médicos), de una sífilis o de un Sida; enfermedades relacionadas con el aparato urogenital son inmencionables. Si alguien se va a hacer operar de hemorroides, suele utilizar toda clase de referencias o generalidades para no mencionarlo. Los hombres cuando van a ser operados de la próstata, no lo confiesan en público e incluso, tratarán de negarlo ante los médicos o enfermeras que no consideran los *suyos*.

En cuanto al segundo tipo de razones para explicar la aparición de la enfermedad, las referidas al azar o la casualidad, se encuentran expresadas genéricamente en la forma como los pacientes relatan su situación a los médicos: "yo estaba bien cuando me *salió*, me *cayó*, me *dio de repente*" (un síntoma o una enfermedad). Este tipo de concepción, tiene varias consecuencias; produce, por un lado, cierto descuido por buscar y ubicar la causa de la enfermedad, del accidente, al tender a centrarse en el tratamiento del efecto visible e inmediato; es lo que ocurre con los accidentes, tanto en el tráfico como en el trabajo y en el hogar, que se atienden en un servicio de urgencias, es decir, en una forma rápida pero al mismo tiempo puntual y con una cierta tendencia a no hacer un seguimiento. Por esta razón, una misma persona puede consultar varias veces por un accidente similar, bien en sus condicionantes e incluso en sus efectos, y aparecer en los registros, como casos nuevos y aislados entre sí.

Hoy la noción de accidente como producto del azar, de un descuido, está mandado a recoger. No se habla, por ejemplo, de accidente cerebrovascular, sino de enfermedad cerebrovascular. Esto se debe a que, se conocen cada vez más las causas de este tipo de eventos y, cada vez menos se piensa que son debidos a descuidos o mala fortuna.

Otro resultado de esta forma de interpretar la enfermedad como producto del azar, del descuido y de la mala fortuna, se expresa en que, al no tener explicación aparente, estos pacientes están agregando trabajo a los hospitales, llegando a horas que no son de recibo, importunando o incomodando, con lo cual recae sobre ellos la idea de culpable, ya no sólo de padecer la enfermedad o el accidente, sino de incomodar, pues de alguna forma no la debía tener.

*Una segunda consideración*, se refiere al divorcio que existe entre los conocimientos, científicos, académicos y profesionales, y la práctica cotidiana de quienes trabajan en salud.

Es necesario reconocer que este fenómeno se presenta en todo tipo de profesionales y, por tanto, no es patrimonio de los profesionales de la salud. Los matemáticos, que conocen bien la teoría de las probabilidades, hacen apuestas en la lotería y en la ruleta. Los arquitectos viven en piso alquilado. Los sacerdotes pecan y los policías delinquen. O para resumir, como dice el refrán: *en casa de herrero, cuchillo de madera*.

Se trata de intentar entender las razones que existen en el paciente para que esto ocurra de esa manera y las implicaciones que ello puede tener en el resultado laboral.

Un profesional que termina sus estudios no es simplemente el resultado de los años que duró la formación adquirida en la universidad, sino, y quizá mucho más, el de la forma como ha vivido, ha visto vivir y ha aprendido de las múltiples formas en que la naturaleza y la sociedad suelen enseñar. Como resultado de la formación global y cultural, la persona actúa en su vida, profesional, particular y general.

Algunas profesiones, e incluso actividades, pueden hacer una separación más o menos clara entre los conocimientos y las actitudes. Un ingeniero electrónico puede, quizá, prescindir de su acervo cultural para entender, construir o reparar un aparato electrónico, un piloto para conducir su aeroplano o un fontanero para reparar algo en la casa. Pero otras, en particular las relacionadas con la vida social y en concreto con la salud y la enfermedad, difícilmente pueden lograrlo sin mediar un esfuerzo y un rigor especiales.

Dentro del área de la salud, existen variaciones con respecto a la posible existencia de la dualidad de la que se viene hablando. No es lo mismo para una persona que trabaja en un laboratorio, para quien realiza su trabajo mediante una máquina, aparato o instrumento; que para quien está directamente en contacto con el paciente, con su carácter, sus olores, su piel.

Este hecho produce distintos tipos de consecuencias en la realización de la práctica cotidiana en la atención a la salud y la enfermedad o, mejor a los enfermos y sus enfermedades.

De la misma forma, los profesionales de la salud actúan más de una vez, movidos por razones ajenas a la problemática del paciente, a sus necesidades y a la voluntad de que supere o al menos soporte, su dolencia o enfermedad. Y no sólo actitudes emocionales o

psicológicas provenientes del cansancio, de problemas afectivos o en el hogar. Éstas, que son inherentes a la vida en sociedad, son resueltas bien asumiendo comportamientos y actitudes agresivas en el trabajo, contra los compañeros, los familiares y contra los pacientes o bien, adquiriendo una especie de coraza que los hace fuertes en el trabajo, pero que en no pocas ocasiones, tiene repercusiones en la vida afectiva, psicológica, con sí mismo, con la familia, y con los seres más allegados.

Son, con más precisión, actitudes que se apartan y a veces contradicen los cánones aceptados científicamente, de los cuales se es supuestamente, guardian y transmisor, lo cual se expresa de dos formas principales: en la realización de actividades o acciones profesionales sin fundamento científico, o cuando se asume que por ser profesionales, se está en capacidad de sugerir o a veces imponer comportamientos y actitudes a los pacientes. Una expresión de la primera forma es la concerniente al lavado de la piel tanto en los profesionales como en los pacientes, asunto sobre el que se volverá más adelante. Una expresión de la segunda forma es la de dar recomendaciones en cuanto a la vida de los pacientes, en aspectos para los cuales se tiene ninguna o muy poca formación, con lo cual se termina transmitiendo más de una actitud cultural, o ideológica si se quiere, que un conocimiento científico específico, como ocurre cuando se habla de lo que debe ser la vida sexual, la alimentación y a veces casi patéticamente, cuando se recomienda no fumar, mientras se tiene un cigarro en la mano.

Desde esta perspectiva que para algunos puede por ahora parecer irrelevante, se procederá a analizar algunos aspectos más directamente relacionados con el tema propuesto.

### **La piel**

Teniendo como referencia algunas de las tesis de Canghillhem, acerca del significado de las partes anatómicas producto, según él, de una doble realidad, la de la naturaleza y la de la capacidad humana de separar, de analizar (como puede ser el conocimiento producido a través de las disecciones del peritoneo, por ejemplo), se reflexionará sobre la piel y su significado desde diferentes perspectivas, tanto científicas, como culturales.

Desde los niveles básicos de la formación en biología, se ha enseñado que la célula se compone del citoplasma o la célula propiamente, una membrana y un núcleo. Se ha dicho que la membrana es lo que envuelve, lo que delimita y lo que protege: *lo que rodea la célula* según el "Diccionario Enciclopédico de Medicina" de Dorlan.

Esta conceptualización de la membrana tiene la característica de ser cierta parcialmente. Pero además, tiene la curiosa propiedad de ser absolutamente generalizada, o generalizable, al ser aplicada de forma analógica a todo tipo de situaciones y realidades. Los límites de un país por ejemplo, son los que lo definen y separan de los demás y los que lo protegen de invasiones, de agresiones externas. La propiedad de la tierra se delimita a través de cercos que la separan y aíslan de las demás y las protegen de invasiones, de agresiones externas.

De esta forma se está ante una explicación de fenómenos diversos, sometidos a una misma forma de explicación: una concepción del mundo, construida a través de una red de verdades parciales. Se está ante una concepción del mundo, aparentemente, basada en realidades demostrables, pero con un curioso y sospechoso énfasis en el límite, la introspección y el aislamiento.

Desde el punto de vista científico actual, esta definición de membrana es parcial y muy problemática, en la medida en que se sabe y se hace énfasis en el carácter relacionador de dicha membrana, a través de la cual la célula se comunica, se alimenta y se relaciona con otras iguales, en un tejido, o diferentes, en un sistema.

El silencio sobre este papel fundamental de la membrana y por extensión del límite y del cerco, es algo que ha llamado poderosamente la atención del autor, de forma especial cuando estudia la piel.

## **Definición de piel**

Mediante una visita imaginaria, las aulas de educación básica, se puede escuchar lo que se enseña a los jóvenes: la piel es lo que envuelve el cuerpo humano y sirve para protegerlo del frío, del calor y, en general, del medio externo. A renglón seguido, se pasa a hablar de sus componentes principales, si el profesor es muy acucioso. De forma, por lo demás curiosa, no se señala que la piel es el órgano de percepción y de comunicación por excelencia. Nadie habla en las aulas (y pareciera que poco por fuera de éstas), del papel sensorial de la piel y mucho menos de sus papel erótico sexual. No se habla de las caricias y de las sensaciones que se reciben toda la vida, ni tampoco de las agresiones que a través de ella se sienten.

Se diría que esto es explicable por tratarse de un nivel básico de educación, posición insostenible y absurda pues no se debe confundir lo básico o lo simple con lo incorrecto o equivocado. Se trata, efectivamente, de un fenómeno más profundo. En las clases de anatomía que se imparten a médicos y enfermeras el discurso es tremendamente similar, lo que aparentemente es sorprendente, aun pensando sólo en que los universitarios, con mucha probabilidad, y los profesores con seguridad, han tenido, o han debido tener, todas las experiencias posibles, maravillosas y traumáticas, a través de la piel.

De forma casual se han escogido algunos textos y diccionarios para sustentar lo señalado, es decir que se está en presencia de una concepción global, social y culturalmente asumida y aceptada.

El diccionario enciclopédico ya citado, dice de la piel: *tegumento o cubierta exterior del cuerpo. Consta de...*

Jacob-Francone en su manual *Anatomía y fisiología* dice de la piel: *es un órgano que cubre la parte externa del cuerpo. Funciona como una superficie protectora contra bacterias y sustancias dañinas.*

María Moliner en su diccionario dice: *capa de tejido resistente y flexible que recubre el cuerpo de los animales.*

En el texto *Enfermería médico-quirúrgica* de Mason y Bates dice: *la piel cubre la totalidad del cuerpo y constituye el 15% de su peso. Una de sus funciones es la de proteger al organismo frente a la infección, las heridas y la pérdida de fluidos. Sobre el tacto, dice el mismo texto es lo que hace que sintamos los objetos duros o blandos, calientes o fríos, ásperos o suaves o que produzca dolor al tocarlos.*

No es que no se sepa que la piel es un maravilloso órgano de percepción y de transmisión de actitudes y sentimientos; se sabe y muy bien. Pero existe un divorcio entre lo que se sabe y se hace en la vida cotidiana, y lo que se sabe, se dice y se hace en la vida profesional. La misma profesora o profesor que compra productos para el cuidado de la piel, movido por una publicidad basada en esta concepción de la piel, insisten ante sus alumnos en que esa piel es un envoltorio que, por lo demás, debe mantenerse limpio.

En el manual de Jacob-Francone se señala que los problemas de la piel son: el acné, la urticaria, la psoriasis, la úlcera por decúbito, el eritema solar y los forúnculos.

No debe causar extrañeza que, de semejantes definiciones de piel y de pobreza en el señalamiento de sus problemas, se termine tratando de aquella manera a los pacientes y que cuando se enseñe, se haga transmitiéndoles o reforzándoles estas ideas, exigiendo incluso, que cualquier otro rol de la piel, esté negado o excluido de la vida en el hospital.

## **El desnudo**

Curiosamente la piel cubre pero debe ser cubierta. Las razones para cubrir la piel son muchas, a menudo inconscientes y no pocas veces incomprensibles. No se trata en estas líneas de esclarecer tan complejo problema. Se trata de llamar la atención sobre muchas de las acciones y actividades que con respecto a pudores, y a veces a falsos pudores, se hacen en el hospital con la forma de vestir y de desvestirse el personal de salud y a los pacientes.

Siendo pudorosos, en mayor o menor grado, muchas veces se tiene en cuenta el pudor de los pacientes. Es tan fuerte este sentimiento que se convierte, a menudo, en un reflejo. Por ejemplo, siempre que se va a examinar un paciente en decúbito dorsal, vestido con su ropa habitual, con bata o camión, o desnudo, invariablemente se constata que cruza las piernas una sobre otra y también el médico o la enfermera se la descruzan sin mediar ninguna explicación.

El tema del pudor es interesante pero por ahora desvía la atención de lo que se pretende estudiar: la piel, las úlceras por presión, aunque se quiere postular que las úlceras, de alguna manera, dejan al desnudo el cuerpo interior de los pacientes y ellos lo saben y lo sienten.



## La contaminación y el contagio

Interesa, así sea como una mención, señalar que la idea de la contaminación como una de las expresiones de la agresión externa de la que se habla, ha conducido básicamente a dos tipos de prácticas muy cercanas al pensamiento científico vigente e indudablemente basadas en éste, prácticas que tiene efectos benéficos para la salud, pero que, muchas veces, ponen de manifiesto, por una parte una cierta inconsistencia en el modelo de la unicausalidad externa, y por otra una práctica neurótica acerca del concepto de limpieza.

El miedo al otro es una de las condiciones ancestrales de la condición humana, consciente e inconscientemente que se expresa de múltiples formas como el racismo o la xenofobia. En el fondo todos son racistas y xenófobos. Lo que ocurre es que algunos son conscientes de ello y lo rechazan, no se desea serlo, lo que no es fácil (si yo participara en una manifestación contra el racismo, no diría alegremente, no soy racista. Diría mejor, soy racista pero no deseo serlo).

Con relación a la salud y la enfermedad, *el otro*, sobre todo cuando es diferente en rasgos físicos o culturales, siempre ha producido miedo, desconfianza o como mínimo, fastidio.

En épocas no muy lejanas las enfermedades de los otros, de quienes hablaban diferente, tenían color de piel distinto, un estatus social más bajo, recibían el rechazo social expresado en el marginamiento y la reclusión. Los manicomios, leprocomios y nosocomios son huellas vigentes de esa actitud.

En muchas ciudades europeas y americanas se llegó a arrasar barrios enteros, con la idea de combatir la tuberculosis o la lepra. La cuarentena fue la forma de impedir que llegaran enfermedades de países foráneos.

Los ingleses convivieron con el cólera en la India con una morbilidad y mortalidad mínima con respecto a la población nativa, lo que los llevó a concluir que dicha enfermedad era de "ellos" (cólera sua). Cuando se presentó la primera epidemia de cólera en Londres dedujeron que se tenía que tratar de otro tipo de entidad (cólera nostrum).

Pero la idea de la exclusión como forma de combatir el contagio no es la única y no es tan antigua. El sida ha reproducido el miedo al otro de forma compulsiva y ha revivido la idea de que se enferma por ser culpable, por ser extraño, por tener prácticas de vida no naturales. Y a los enfermos de sida se les ha excluido, encerrado y marginado, más aún de lo que de hecho ya vivían, marginación que hace parte indudable de la explicación de esta enfermedad. Pero el sida no sólo ha revivido la idea de exclusión, sino que ha impulsado una nueva forma de evitar el contagio, como es el cubrimiento de la piel con el condón. Obviamente es la piel del pene la que por ahora se cubre y aunque a todas luces es una solución parcial, no hay argumentos médicos para no aceptar el uso de dicho implemento. Es necesario reconocer que, con los conocimientos actuales sobre este síndrome, no se tiene otra alternativa, aunque su eficacia sea discutible.

Pero sí es necesario reconocer también que la idea de autoexclusión, de cubrirse como defensa a la agresión externa, es un tanto curiosa, por decir lo menos. Por ese camino, se podría llegar a desear estar cubiertos, cada uno, con un enorme condón, una especie de traje de astronauta cotidiano, con lo que supuestamente lograríamos la deseada ausencia de enfermedad. (el anhelado paraíso). Si esta es la solución parece al menos, muy incómoda.

## La limpieza

Un aspecto que es consecuencia de muchos de los temas mencionados, es el de la importancia que tiene la limpieza en la protección de la enfermedad e incluso en su curación. La asepsia, como forma de evitar la contaminación con microorganismos que pueden llegar a ser patógenos, tiene perfecta vigencia y validez. Esta validez específica y concreta está en perfecta consonancia con determinados factores culturales que como ya lo señalaba Freud en *El malestar en la cultura* hacen que la limpieza sea, además, una exigencia cultural, cada vez más generalizada y más radical, y no precisamente por las razones científicas arriba mencionadas.

Se acepta y comparte el hecho de que la asepsia es necesaria en muchas de las actividades diagnósticas y terapéuticas, particularmente en aquellas de carácter invasivo. De ahí la importancia de la esterilización de los materiales quirúrgicos, de los recintos y de los instrumentos y ropas de quienes los manipulan.

Se ha mencionado también la importancia de la práctica del lavado correcto de las manos como mecanismo para controlar la infección nosocomial. Pero también se debe señalar que cuando se estudia este proceso, aparentemente sencillo y acerca del cual no debería haber ningún problema, se encuentran situaciones que resultan sorprendentes, si se les mira desde el punto de vista científico, pero que adquieren otro sentido si se tiene en cuenta el aspecto cultural, que resulta difícilmente separable de la actividad profesional. Por ejemplo, el personal de salud suele lavarse las manos después de examinar o hacer alguna maniobra o intervención con el paciente por temor a contaminarse y no antes, como debe ser, para no contaminarlo. La implicación, en términos de las infecciones nosocomiales de esta actitud, han sido ya evidenciada en varios estudios, que demuestran la disminución notable de las tasas de incidencia de infecciones con este origen, con un correcto lavado de manos previo.

También es posible observar verdaderas formas neuróticas de lavado de manos. Personas que lo hacen permanentemente, en cualquier lugar, incluso de forma que logran hacerse daño. Se ha constatado en más de una ocasión la limpieza *ritual* de la superficie de la piel donde se va a operar o hacer cualquier tipo de intervención, con materiales, a veces inocuos y otras incluso, contaminados. Cabe anotar la existencia de lo que se ha denominado *balanitis culposa*, (los dermatólogos las llaman eufemísticamente balanitis por contacto) producida en novios o maridos jóvenes, y a veces no tan jóvenes, por ellos mismos, en frenéticos lavados y estregados, en un esfuerzo porque una infidelidad transitoria no se convierta en una enfermedad contagiosa.

Quizás en este mismo fenómeno que se trata de describir, esté la explicación de por qué, en un gran hospital de Barcelona, se encontró que el 40% de las mujeres que trabajan allí, tenían cierto grado de incontinencia urinaria: ¿será porque muchas enfermeras y médicas no utilizan los servicios sanitarios de los hospitales, ni siquiera los destinados a los profesionales, por temor a contaminarse?

Resulta ineludible referirse a los aspectos culturales de la limpieza como una forma ancestral de definir un territorio. El barrer, limpiar, pulir, ordenar, expresado a veces de forma enfermiza en la limpieza de la casa, de los utensilios, de los niños, de sus ropas, (que no deben ensuciar so pena de fuerte reprimenda), es mucho más que una buena costumbre. Su ritualización, su fetichismo, conduce o refuerza, el desprecio por todo aquel que no comporta idénticos criterios de mantener el mismo tipo de limpieza.

Lo que se quiere resaltar es que las acciones relativas al aseo y la limpieza son válidas, útiles y necesarias en el contexto del cuidado, la prevención y la curación de las enfermedades, pero que en la práctica tanto cotidiana como profesional, dichas acciones están además regidas, y en más de un ocasión dominadas, por pautas de tipo cultural, que no se controlan ni reconocen y que en ocasiones son impuestas y exigidas sin una relación directa con ese proceso de vivir, enfermar y curar.

## La úlcera de la piel

La definición de úlcera para los anatomopatólogos es: *una solución de continuidad en un tejido...* El término, solución de continuidad, siempre me ha parecido un tanto equívoco como definición de úlcera, pero etimológicamente es riguroso.

En el Diccionario enciclopédico citado se dice que la úlcera es *defecto o excavación local de la superficie de un órgano o tejido*.

En el de María Moliner, se lee: *-llaga- lesión que aparece en la piel o en las mucosas, que causa destrucción del tejido y va generalmente acompañada de secreción de pus*.

En muchos textos, como el mencionado de Mason y Bates, se denomina a la úlcera por presión, como úlcera de *decúbito* o de cama, por atribuírsele a la presión del cuerpo sobre la cama la causa de la lesión, definición que debe ser abandonada, pues lo que explica la aparición de la úlcera es la presión prolongada sobre la piel y no la posición del cuerpo o el lugar donde reposa.

También suele llamarse a estas úlceras, como en el texto citado antes, *escaras*, lo cual es equívoco porque la escara es, en realidad, una de las fases de resolución de una úlcera.

La palabra *llaga* es la que usualmente se utiliza en el lenguaje popular y aún es frecuente escuchar otros términos más regionales, como *postema*, *postilla*, *búa*, o *calentura*. En Colombia es frecuente denominarla por ejemplo, *lora*.

En el marco de la teoría de la agresión externa, de la uncausalidad externa, la explicación de la aparición de la úlcera por presión parece obvia. Se trata de una úlcera producida

por la presión externa sobre la piel. Sin embargo, este carácter de obvio, es frecuentemente factor de actitudes y acciones equívocas y a veces contradictorias.

Aunque evidentemente es la presión desde afuera uno de los factores, lo que inicia el proceso de la aparición de una úlcera en la piel, lo que ocurre es una hipoxia en los tejidos más profundos de la dermis, debida a la presión del hueso sobre el tejido interno, lo que produce necrosis profunda que, finalmente, se expresa como una úlcera. La úlcera no es el resultado inmediato de la presión sobre la piel, sino que es *la expresión de un problema subyacente*.

## **La prevención y el tratamiento**

Se sabe que el uso de almohadas o cojines de forma correcta, sin encerrar la úlcera, es la mejor forma de prevenirla y de propiciar su cicatrización.

Al no tener en cuenta el aspecto de la explicación señalado antes, es frecuente observar cómo existe la tendencia a separar la piel de la presión externa (lo cual como se sabe, en principio es correcto), con cojines o elásticos circulares, que en el fondo van a aumentar la hipoxia de esa zona y por tanto úlceras más difíciles de cicatrizar. Esta práctica felizmente desterrada en la mayoría de los hospitales, puede darse en el domicilio, si no se le explica correctamente a los familiares la función de las almohadas y los cojines, y se les señala concretamente el peligro de aislar circularmente a la úlcera de la piel. Ellos, como lo hizo la medicina mucho tiempo, tienden a aplicar la lógica de lo aparente.

También esta circunstancia explica en parte, el que en el tratamiento de la úlcera se haga más énfasis en su cuidado local, externo, en su "limpieza", que en la forma de acostar al paciente y de movilizarlo. Esta explicación, conduce a la utilización, de forma acrítica, de toda clase de ungüentos, pomadas, cremas y linimentos, que producen lesiones en la superficie de la úlcera, ocultan su estado de desarrollo, confunden el diagnóstico y demoran la curación. Al ocultar la superficie de la úlcera a la visión clínica se propicia, por ejemplo, el uso de los desbridadores en la fase de cicatrización, de los cicatrizantes en la fase de desbridación, todo lo cual impide o retarda el proceso de cierre de la úlcera.

Mención especial merece el tema de la infección. La detección de microorganismos sobre el lecho ulceroso, por lo demás normal e inevitable, lleva a la conclusión de que la úlcera está infectada y, por tanto, debe ser desinfectada, para lo cual se recurre a los antibióticos de uso local aplicados directamente sobre la úlcera. Se cree que combatir al microorganismo, que se piensa, sin ningún fundamento científico, ayuda a producir o a retardar la curación de la úlcera. Esta apreciación, basada en la simplista idea de que microorganismo es igual a infección, es totalmente incorrecta y debe ser desterrada del cuidado de la piel en general y de la úlcera en particular. Si existe una infección, se debe tratar como tal y no como algo propio de la úlcera.

De acuerdo con lo anterior, el elemento básico en el tratamiento de la úlcera por presión, estará alrededor de controlar el estado general, las presiones y la movilización y, sólo en menor grado, en su cuidado local. Por ello no se discute si la cura debe ser oclusiva, como

lo postulan algunos internistas y muchos laboratorios o abierta como lo utilizan los dermatólogos y los cirujanos plásticos. Se tiene sólo la impresión, de que ambos son similares, pero esto se deberá demostrar con investigaciones serias y rigurosas.

Pero es importante insistir en la tesis de que la úlcera por presión es una expresión de un problema más general. Javier Soldevilla, en los cursos que ha impartido con IDER por toda España acerca del tema de la úlceras por presión insiste, con razón, en que hay unas de esas úlceras, que *tienen ganas* y otras que *no las tienen*, refiriéndose a que por la clínica, por la evolución, es posible decir si la úlcera va a curar con mayor o menor prontitud. Se puede añadir a este orden de ideas, que es posible hacer el diagnóstico del estado general de la persona, observando el estado y la evolución de su úlcera. También puede hacerse el proceso inverso, es decir, que evaluando el estado general de la persona, sea posible decir si tiene riesgo de hacer una úlcera por presión o no. Esto lo saben muy bien los trabajadores de los hospitales, desde el celador hasta la enfermera y el médico, cuando al ver ingresar determinados pacientes (algunos los llaman despectivamente *chromos*), pueden decir si ya tiene una úlcera o estar seguros de que pronto la tendrá.

La úlcera por presión hace parte, en la mayoría de las ocasiones, de un síndrome más general, que incluye, vejez, malnutrición, invalidez, enfermedad grave o crónica, bajo nivel socioeconómico, o descuido o mal aspecto físico personal. Y es este síndrome, con úlcera o no, lo que produce rechazo, fastidio, el sentimiento de que se trata de una persona extraña en su comportamiento (lo que lo llevó a este estado), de alguna forma de un culpable que, además, pasará mucho tiempo en el hospital, que no va a curarse o lo hará parcialmente y con lentitud.

La úlcera por presión es, de alguna manera, una señal que envía el paciente, hace parte de un lenguaje de una comunicación a través de la cual el personal de salud se relaciona con él.

No se prestan estos pacientes a grandes éxitos y logro profesionales o institucionales, lo que explica, al menos parcialmente, el desapego, por llamarlo así, que los profesionales de la salud sienten y muchas veces manifiestan, hacia ellos. Más bien estos pacientes son un testimonio de alguna incapacidad, por no decir de fracaso.

Cuando la úlcera por presión no está asociada con el síndrome desolador arriba descrito, produce un poco de sorpresa, como ocurre concretamente en los servicios de urgencias, en cirugía y en la unidad de cuidado intensivo. En un trabajo realizado como investigación final del Curso IDER *Metodología de la Investigación en Salud* modalidad a distancia, se demostró que la cirugía, especialmente su duración, y la permanencia en la unidad de cuidado intensivo, sobre todo en casos específicos que se demostraron como factores de riesgo concretos, son factores asociados a la aparición de úlceras por presión en porcentajes muy elevados y sobre la media de los demás servicios. Al detectar los factores de riesgo específicos, fue posible recomendar acciones para eliminarlos, descartando así en buena parte la posibilidad de aparición de úlceras por presión, por razones propias de la duración o complejidad de los actos quirúrgicos.

Volviendo al tema de las úlceras por presión como expresión de problemas subyacentes, señalaba el autor en el primer simposio sobre el tema en Logroño, hace dos años, que la aparición de una úlcera, debía ser interpretada como si se encendiera una luz roja en un panel imaginario que representa los cuidados en un hospital. Efectivamente la aparición de estas lesiones; es considerada hoy, con toda razón y validez, como un indicador de la calidad de los cuidados en una institución hospitalaria.

El considerarlo de esta manera tiene como corolario obligado, que es la institución en su conjunto, y no un profesional en particular, quien debe asumir la responsabilidad de impedir que este fenómeno ocurra en un hospital o que su aparición esté circunscrita a casos totalmente aleatorios, es decir que no es posible controlar sus causas.

Las razones para sumir esta actitud son las propias de la ética profesional, de la función de curar y, si se quiere, del sentimiento humanitario, pero además, se trata de un aspecto administrativo, económico y de calidad de prestación de servicios.

Como se señaló al principio, las úlceras por presión son un factor de complicación de enfermedades que de otra forma evolucionarían mejor, con menos incomodidad para pacientes y familiares, con mayor gratificación para los profesionales, pero también, con disminución notable de costos, con ahorro importante que puede destinarse a mejorar las condiciones generales de la institución y que incluso han de contribuir a un importante grado de racionalización del denominado gasto en salud.

Aunque en este medio no se tienen estudios detallados al respecto, en otros países como Estados Unidos se ha demostrado que el tratamiento hospitalario de una úlcera representa un gasto, evitable, que como complicación, puede asimilarse a actos quirúrgicos de gran complejidad en un servicio de urgencias, e incluso a un trasplante.

Desde el celador hasta el gerente, pasando por todos los estamentos incluidos el paciente y sus familiares, deben asumir la complejidad de la aparición de este fenómeno local, si se quiere realmente que desaparezca. Habrá que mejorar y racionalizar los cuidados locales, establecer protocolos de cuidados incluyendo de forma especial la movilización, aplicar escalas para identificar los pacientes de alto riesgo, pero también deberá modificarse la actitud institucional sobre el problema, asumiéndolo como indicador de calidad con todas sus consecuencias. Pero nada de esto se podrá lograr si no se es consciente de que, en torno a una úlcera, a la piel y al paciente, se construye y desarrolla una cosmovisión de la cual es necesario dar cuenta, conocer e interpretar, si se quieren hacer más coherentes y eficaces nuestras acciones.

## **Bibliografía**

- 1 Aran RM, Ortega L. Incontinencia urinaria. Prevalencia en los profesionales sanitarios femeninos. *Revista Rol de enfermería* 1994;188(17):4.
- 2 Dorlan. *Diccionario enciclopédico ilustrado de Medicina*. 26a ed. Interamericana;1974.
- 3 Echarri I, Arriazu A. Incidencia de úlceras por presión en cirugía extracorpórea y factores asociados.

1997. Investigación para optar al Master IDER
- 4 Foucault M. *Vigilar y Castigar. Siglo XXI*. México.
  - 5 Jacobe, Francone. *Manual de Anatomía y fisiología*. 2ª ed. Interamericana; 1989.
  - 6 Mason, Bates. *Enfermería médico-quirúrgica*. Interamericana; 1987.
  - 7 Moliner M. *Diccionario de uso del español*. Madrid: Gredos; 1975.
  - 8 Universidad de Alcalá, Universidad de Antioquia. *Metodología de la investigación en salud. Modalidad a Distancia*.
  - 9 Vasco A. Investigación y úlceras por presión. En: *Congreso nacional de la asociación de enfermería geriátrica*. Logroño; 1994.

Fecha de recepción: julio/98