

MANEJO Y TRATAMIENTO DE LAS HERIDAS Y ÚLCERAS

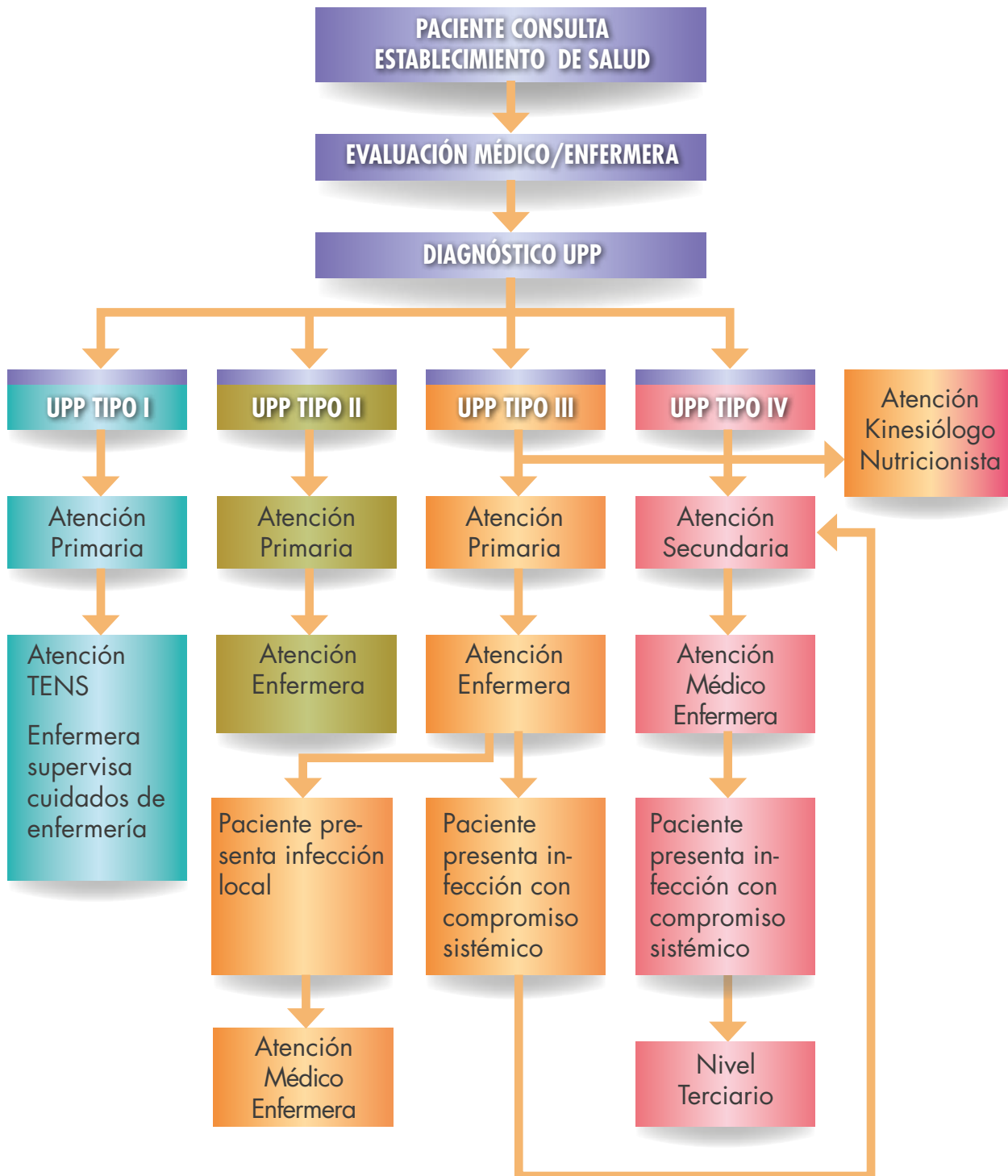
MANEJO INTEGRAL DE ÚLCERA POR PRESIÓN



FUNDACIÓN
INSTITUTO NACIONAL
DE HERIDAS

DERIVACIÓN PACIENTES CON UPP

Flujograma 1 Derivación Pacientes con UPP



Fuente: Fundación Instituto Nacional de Heridas

Dispositivos médicos: el uso de sondas urinarias y accesos vasculares puede llevar a que los pacientes o sus cuidadores no realicen los cambios de posición correspondientes, por el temor a que el dispositivo se salga, lo que lleva a una disminución de la movilidad en cama o en sedestación.

Derivados del entorno

Educación sanitaria: la educación del personal sanitario, familiares y entorno de un paciente con movilidad disminuida es fundamental en la prevención de las UPP.^[34]

Ayudas técnicas: La prevención de las UPP se debe centrar en la disminución de la presión. Esto se logra no solo con la movilización y los cambios posturales, sino también con el uso de ayudas técnicas como los colchones, cojines y protectores antiescaras.^[35, 36]

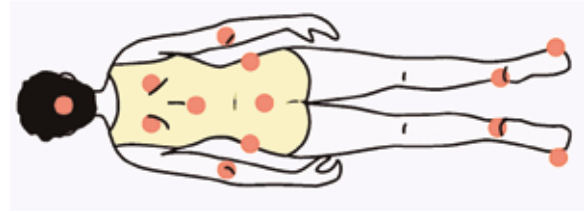
Protocolos médicos: El personal de salud tiene obligaciones morales, éticas, profesionales y legales para proporcionar patrones de cuidado adecuado de prevención de UPP.^[37] La implementación de protocolos de prevención ha tenido impacto en la reducción de la incidencia y costos económicos; existen estudios que demuestran que la implementación de éstos ha disminuido en 87% la incidencia de UPP.^[38]

¿En qué zonas del cuerpo es más frecuente encontrar las UPP?

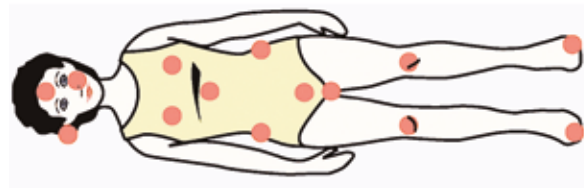
Las zonas más susceptibles de desarrollarlas son aquellas en las que se ejerce una presión entre dos planos, uno relativo al paciente (prominencia ósea) y otro externo (punto de apoyo)^[39].

Según la posición, las zonas de mayor riesgo, Figura 3, son ^[39]:

Figura 3 Zonas de riesgo



Decúbito supino: Occipital, escápulas, codos, sacro, coxis, talones, dedos de pies.



Decúbito prono: Frente, pómulos, pabellón auricular, pechos, crestas ilíacas, pubis, genitales (en los hombres), rodillas y dedos de los pies.



Sedestación: Occipital, escápulas, codos, sacro y tuberosidades isquiáticas, subglúteos, huecos poplíteos y talones.



Decúbito lateral: Pabellón auricular, escápulas (acromion), costillas, trocánter, crestas ilíacas, cóndilos (rodilla), tibias, maléolos tibiales, dedos y parte lateral del pie.

Nota: Fotografías extraídas de Guía rápida de consulta para la prevención, diagnóstico y tratamiento, Rioja salud, año 2013.

1. ¿Qué es la Solución de Polihexanida con Betaína (PB)?

Esta solución limpiadora tiene polihexanida al 0.1%, betaína 0.1% y agua purificada. Tiene un efecto sinérgico: su mecanismo de acción está basado en el principio de interacción electromagnético entre cargas (atracción –repulsión). La polihexanida es atraída y acumulada por otras sustancias con carga; como consecuencia de ello, el sistema biológico (bacteria) se ve afectado de tal forma que le impide mantener sus funciones naturales, rompiéndose la pared bacteriana. Las betaínas son tenso activas con excelentes propiedades de limpieza y descontaminación.

Técnica: Se utiliza después de efectuar el arrastre mecánico. Se aplica sobre la lesión con una gasa no tejida impregnada en el producto por 10 a 15 minutos, Figura 32, luego se retira la gasa y, sin lavar la úlcera, se procede a aplicar el apósito primario. En pacientes con tejido esfacelado o necrótico se recomienda efectuar este procedimiento en cada curación. En pacientes con piel descamada se sugiere hacer el mismo procedimiento en la lesión y en la piel periulceral. La PB actúa sobre bacterias y hongos y también en presencia

de materia orgánica (sangre, proteínas, etc.).^(13, 14)

Recomendaciones: ^(5, 11, 14)

- Es importante dejar la PB con gasa no tejida para no dañar el tejido de granulación al retirarla.
- La PB puede durar 2 meses sin contaminación, siempre que se maneje con técnica aséptica y se deje almacenada en el área limpia a 22°C.
- Si es necesario soltar el tejido esfacelado o necrótico, se puede utilizar PB antes del desbridamiento, pero después se debe lavar para retirar los detritus del desbridamiento.
- Se puede aplicar en piel una vez a la semana para controlar carga bacteriana, pero es de alto costo.
- Cuando solo exista tejido de granulación, no es necesario utilizar PB en cada curación.

2. ¿Qué es la Espuma Limpiadora para Piel?

Es una espuma limpiadora compuesta de aceites grasos esenciales, creatine, emolientes y conservantes. La creatine es un derivado de los aminoácidos que proporciona firmeza y elasticidad a la piel.

Técnica: Agitar bien antes de usarla, pulverizar a unos 20 cm de la piel, Figura 33



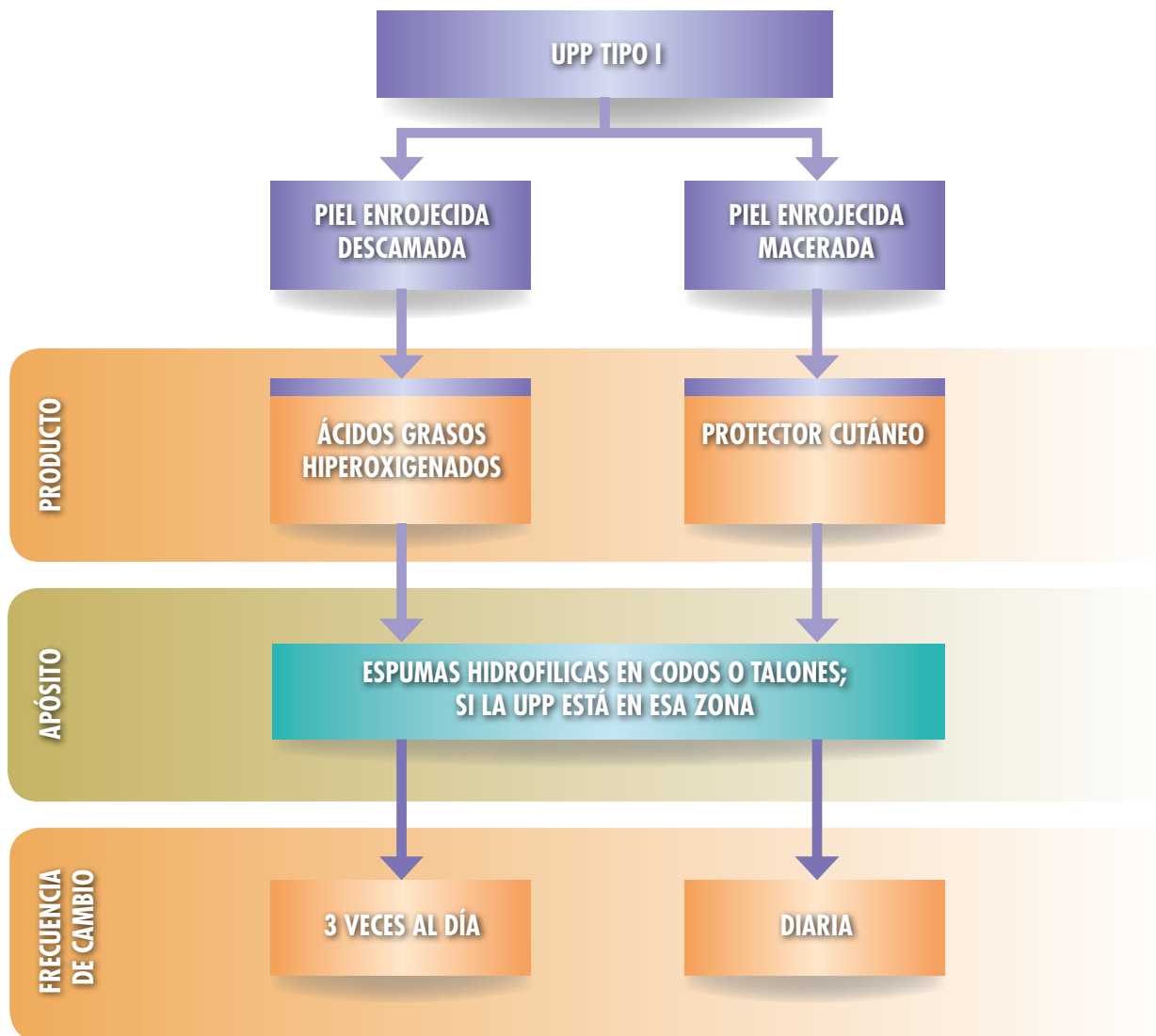
Figura 32



Figura 33

7. ALGORITMO Y CUADRO RESUMEN

Diagrama 1 Algoritmos de elección de apósitos



Notas: Se podría utilizar espumas siliconadas o con hidrogel para proteger la piel, las que deberían cambiarse a los 3 días para evaluar resultados

Fuente: E.U. Isabel Aburto - FINH

Figura 4



Recomendaciones ^(1, 2, 3)

- Cambiar cada 48 horas el equipamiento para evitar el aumento de las metaloproteasas al quedar bacterias en la esponja.
 - Suspender procedimiento cuando la lesión esté limpia; esto habitualmente ocurre a los 20 días como máximo.
 - Utilizar presiones de 125 mmHg en forma intermitente cuando el exudado es escaso o moderado.
 - Utilizar presiones de 150 a 200 mmHg en forma continua cuando el exudado es abundante.
 - Los cambios de curación pueden realizarse en sala de operaciones, en consultorio o en la cama del enfermo, en condiciones asépticas.
- Niños y adultos con heridas dolorosas pueden requerir sedación o anestesia para el cambio de procedimiento.
 - En heridas extensas se colocan múltiples esponjas en contacto unas con otras, de manera que el vacío se trasmite en forma homogénea a las esponjas contiguas.
 - La Presión Negativa artesanal que realizan en los hospitales, utilizan presiones continuas e irregulares, porque no puede proveer presiones intermitentes (mejores resultados experimentales y clínicos). Argenta y Moriykwas recomiendan no utilizarla dado que la presión negativa no controlada acompañada de pequeñas fugas de vacío pueden producir la desecación de la herida.

¿Qué son las Terapias de Oxígeno Hiperbárico?

La oxigenación hiperbárica (HBO) es la terapia de inhalación de oxígeno (O₂), a altas dosis, (saturación que se acerca a 100 %), por períodos cortos y bajo presión dentro de una cámara completamente presurizada (por encima de 1.4 a 3 atmósferas absolutas (ATA). Cuando respiramos oxígeno puro a una presión por encima de la atmosférica, se consigue, según la Ley de Henry, un incremento importante del oxígeno disuelto en el plasma. Cuando respiramos aire, la Presión Parcial de Oxígeno (PpO₂) en sangre arterial es de unos 90 mm Hg. Cuando respiramos oxígeno puro durante el tratamiento en cámara hiperbárica, esta PpO₂ puede llegar a ser de hasta 2000 - 2400 mmHg a 3 ATA. Con este aumento importante del transporte de oxígeno podemos conseguir que aquellas áreas del organismo que estén en hipoxia que no pueda ser corregida de otra manera, se beneficien de este oxígeno

- En los pacientes con movilidad comprometida, hacer ejercicios de movilización pasiva, además de los cambios posturales.
- Mantener la alineación del cuerpo y evitar el cizallamiento en las movilizaciones.
- Considerar el nivel sensitivo, cognitivo, lenguaje y comunicación, estado sensorial y motor de cada paciente.

2. Cambios posturales

¿Qué son los cambios posturales?

Corresponde a una de las estrategias más importantes en el manejo de las presiones y tiene por objetivo reducir, a intervalos regulares, los tiempos y la intensidad de la exposición a presión a los que están expuestas determinadas zonas del cuerpo. ⁽³⁾

La carga del peso expuesto directamente sobre tejidos de zonas de mayor vulnerabilidad, en magnitud y tiempos prolongados, causan obstrucción vascular que interrumpe el flujo sanguíneo capilar de los tejidos, por tanto, es razonable sugerir cambios de posición periódicos para evitar la privación de oxígeno y nutrientes necesarios de zonas expuestas o lesionadas. Los cambios posturales permiten reducir la duración y la magnitud de la presión sobre las zonas vulnerables del cuerpo. Presiones elevadas sobre prominencias óseas durante un corto período de tiempo, y bajas presiones sobre prominencias óseas durante un largo período de tiempo, resultan igualmente dañinas. Para reducir el riesgo de sufrir una UPP, es importante reducir el tiempo y la cantidad de presión a las que están expuestas, por lo tanto es muy importante realizar cambios de posición. ⁽⁸⁾

En relación a la frecuencia necesaria del cambio de posición, la Agency for Health

Care Policy and Research (HARQ/EUA) ⁽⁹⁾ recomienda el cambio postural del individuo cada dos horas, mientras el European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) ⁽¹⁰⁾ y el National Institute of Clinical Excellence (NICE, RU) ⁽¹¹⁾ recomiendan movilizar a la persona de acuerdo con lo requerido por cada uno. En esta Guía se utiliza la recomendación Europea en base a las EVRUPP: ⁽¹²⁾

Riesgo Bajo	Riesgo Moderado	Riesgo Alto o Pacientes con UPP
Fomentar movilidad	Rotación programada c/4 h.	Rotación programada c/2 h.

¿Cuáles son las posiciones terapéuticas en los cambios posturales?

Decúbito supino, Figura 1.

1. Ubicar la cama en posición horizontal.
2. Desplazar al paciente hacia el centro de la cama con ayuda de una sábana, evitando el arrastre.
3. Colocar una almohada bajo la cabeza, alinear la columna cervical evitando hiper extensión.
4. Situar los brazos a los costados del cuerpo, con los codos ligeramente flexionados.



especiales y con las prestaciones adecuadas para este grupo de pacientes. Incluso se acompañan de sistemas específicos para el traslado, como pueden ser grúas o arneses de transporte, ⁽¹⁸⁾ *Figura 13.*

- **Camas que permiten el decúbito y la sedestación:** Son aquellas SEMP que permiten a la persona situarse como en un colchón o como en una silla, dependiendo de las necesidades de cada momento. Serían las SEMP dinámicas que reconocen la modalidad de sedestación y siguen realizando su función de redistribución de la presión. Con este sistema no es necesario trasladar a una

persona de la cama a la silla. También existen SEMP que integran cama/silla, combinando dos elementos, un cojín y un colchón que puede usar el mismo compresor de aire, ⁽¹⁸⁾ *Figura 14.*

SEMP Pediátricas

Antiguamente no se necesitaban SEMP para pacientes pediátricos, solo para adultos, pero con el correr del tiempo la necesidad va en aumento a medida que la esperanza de vida en ciertas patologías siga aumentando. Por otra parte, enfermedades que tenían una alta mortalidad, en la actualidad se han convertido en crónicas en edades pediátricas. La mayor incidencia en esta población se encuentra en las unidades de cuidados intensivos, reanimación, unidades de larga estancia y pacientes con patologías crónicas y terminales.

Los criterios de uso de las Superficies Especiales de Manejo de la Presión (SEMP) para la población pediátrica han demostrado ser diferentes que en la población adulta. Se sabe que los colchones de adultos no están adaptados para niños o neonatos. La elección y asignación de la SEMP debe tener en cuenta la edad, riesgo, superficie corporal, patología de base y si las tuviera, la severidad de las UPP. ⁽²³⁾ Actualmente se están fabricando superficies estáticas y dinámicas para la prevención y manejo de las UPP pediátricas, *Figuras 15, 16 a. y 16 b.*

Es importante tener presente que las SEMP de adultos no se deben usar en pediatría por las siguientes razones:

1. Por la superficie corporal y las diferentes proporciones del cuerpo del niño en cuanto al peso, talla y densidad de sus partes anatómicas. Esto se traduce en que las localizaciones más frecuentes

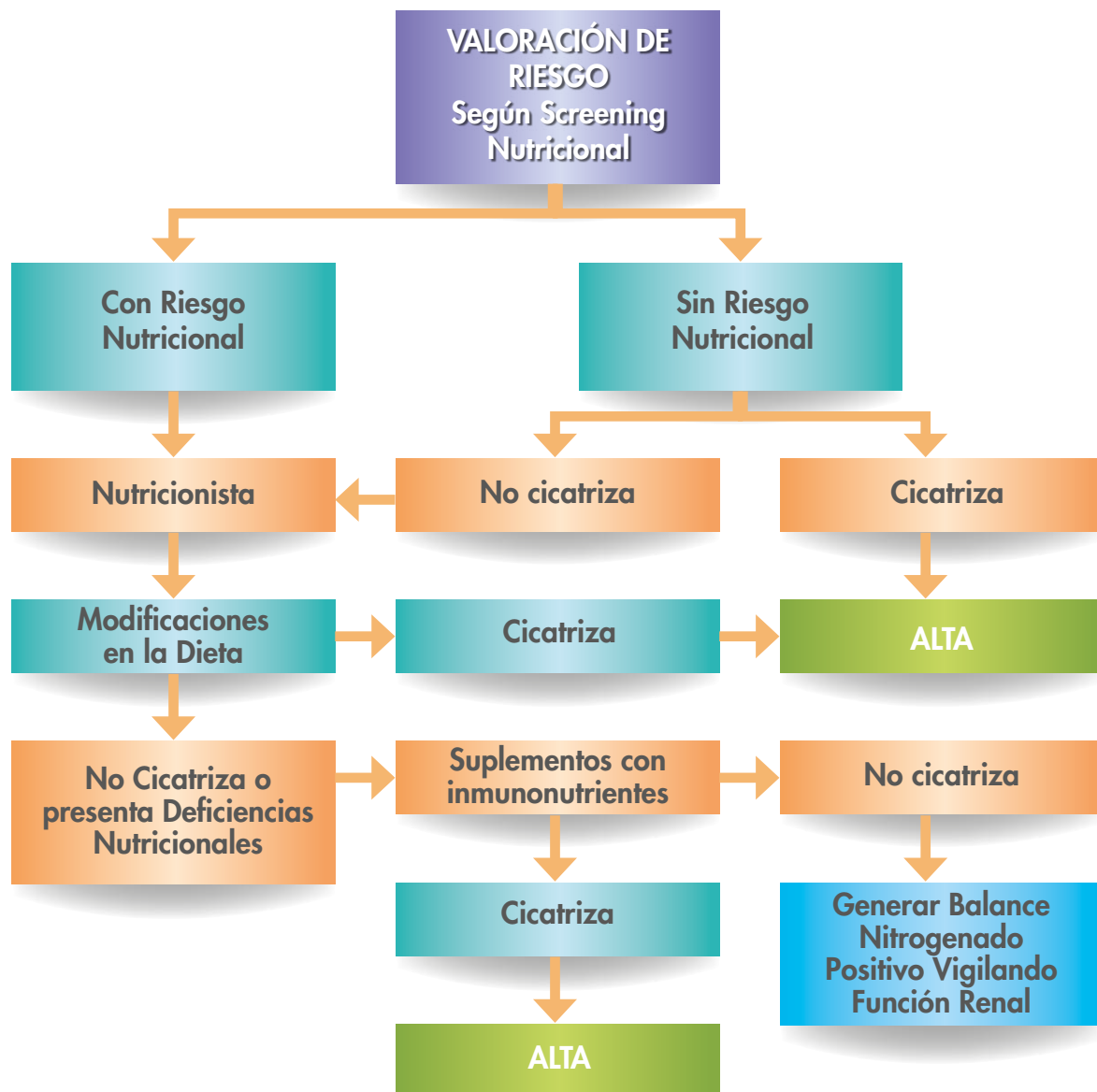
Figura 13. Cama Bariátrica



Figura 14. Cama para decúbito y sedestación



Imagen 2 Atención Nutricional



MANEJO DEL DOLOR

El dolor es un fenómeno complejo, subjetivo y perceptivo influenciado por factores sociales, emocionales, psicológicos y fisiológicos. El tratamiento eficaz del dolor es esencial en la calidad de la atención de salud y suele depender de la capacidad de los profesionales para comprender el impacto que dichos factores tienen sobre el paciente. Es bien conocido el hecho de que el dolor es un componente importante en las vidas de personas que padecen UPP y afecta negativamente a la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores. Es preciso investigar a fin de comprender mejor las estrategias de tratamiento para reconocer, evaluar y controlar el dolor relacionado con las UPP. ⁽¹⁾

¿CÓMO SE REALIZA LA VALORACIÓN DEL DOLOR?

La valoración debería empezar por hablar con el paciente sobre su dolor y observar las respuestas del mismo. Además, existen escalas validadas como la Escala Visual Análoga (EVA) para puntuar la intensidad del mismo. Independientemente de la escala utilizada es importante emplear siempre la misma, a objeto de facilitar una correcta comparación de resultados. Éstos podrían servir como documentación a la hora de informar sobre la elección de un potente analgésico o de ajuste de la dosis. ⁽¹⁾ En general, los dolores de los pacientes con UPP se producen al realizar procedimientos de enfermería, en especial en la curación.

¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO PARA EL DOLOR?

Los analgésicos podrán reducir la intensidad o duración del dolor, pero únicamente un analgésico local que bloquee la región podría eliminar por completo esa sensación

de dolor. Resulta, por tanto, fundamental que los pacientes reciban apoyo mediante una combinación de técnicas que les ayuden a superar el dolor. Por tal razón, el manejo del dolor se dividirá en dos tipos de tratamiento: farmacológico y no farmacológico.

1. Farmacológico: Se recomienda que el tipo de analgésicos empleados tarde poco en alcanzar el efecto máximo, que se ajuste fácilmente a los requisitos del cambio y produzca los mínimos efectos secundarios posible, a pesar de que la elección final del fármaco estará condicionada por los antecedentes del paciente, la intensidad del dolor y entorno asistencial.

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) actúan de modo periférico inhibiendo la enzima ciclo-oxigenasa (COX). Esta enzima es la que transforma el ácido araquidónico, liberado desde las paredes de las células dañadas, en prostaglandinas inflamatorias. Los AINEs reducen considerablemente el dolor, pero pueden ser el origen de úlceras gástricas, disfunciones renales, así como hemorragias prolongadas como consecuencia de una coagulopatía deficiente. ⁽¹⁾

Los opiáceos suaves como la codeína, administrados hasta una hora antes frente a procedimientos que provoquen dolor al paciente, pueden aliviarlo e incluso mantener su efecto un tiempo después de la curación. Podría ser necesario administrar opiáceos más fuertes como la morfina, cuando la intensidad del dolor sea tal que afecte negativamente a la capacidad del paciente a soportarlo. ⁽¹⁾

¿CÓMO SE PUEDE TRATAR EL DOLOR NEUROPÁTICO?

Tratar el dolor persistente (neuropático) de la UPP con un anestésico local o un adyuvante (antidepresivo o antiepiléptico), así

PREVENCIÓN ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN UPP

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETV) es una entidad clínica que engloba dos cuadros principales: la trombosis venosa profunda de extremidades inferiores (TVP) y el tromboembolismo pulmonar (TEP). La ETV comienza habitualmente como TVP de miembros inferiores mediante la formación de un trombo que bloquea la circulación de la sangre y que puede dar lugar al TEP por la migración del émbolo hacia los vasos pulmonares.

La incidencia de ETV ha aumentado en las últimas 2 décadas debido en parte a un aumento de la sospecha clínica y principalmente a la disponibilidad de exámenes adecuados para su confirmación diagnóstica.

Se trata de una enfermedad común. Corresponde a la 3ª patología aguda cardiovascular más frecuente después de IAM y AVE. Es la principal causa prevenible de muerte intrahospitalaria, correspondiendo al 10% de las mismas ⁽¹⁾. El diagnóstico precoz es fundamental ya que el tratamiento inmediato es altamente efectivo. La mortalidad sin tratamiento alcanza el 30%, disminuyendo al 4% si el mismo es precoz y adecuado ⁽²⁾.

¿Cuál es la Etiopatogenia de la ETV y de la TVP?

Con respecto a la etiología de la trombosis, ésta se desarrolla como resultado de una alteración en uno o más de los aspectos clásicamente descritos por Virchow: daño endotelial en la vena, hipercoagulabilidad y estasis venosa. En el caso de pacientes

con úlceras por presión, sin duda que la inmovilización es la causa primordial en su aparición. La inmovilidad "forzada", con ausencia de la función de bomba muscular producida por lesión neurológica o post-tracción de otra causa, produce una menor velocidad del flujo de retorno venoso. En esta situación, los trombos de las extremidades inferiores se originan en áreas donde existe un desequilibrio en la coagulación, generalmente en los lagos venosos del músculo sóleo, a nivel de las válvulas o en confluencias venosas. Las venas de la pantorrilla son donde habitualmente se inicia una TVP (Figuras 1 y 2).

Figura 1. Trombosis Venosa Profunda de la pierna

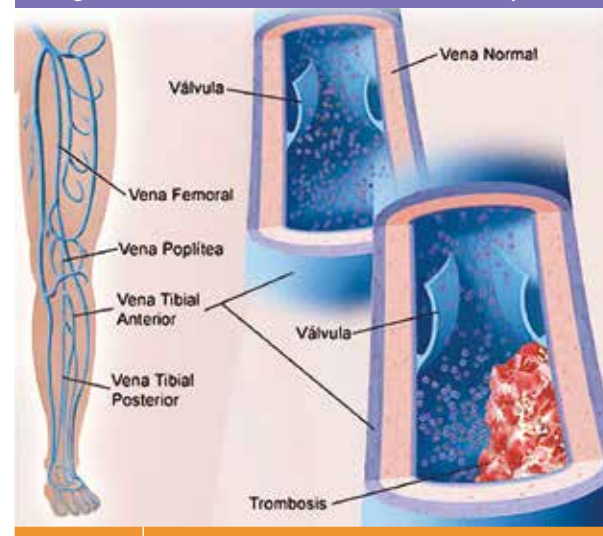
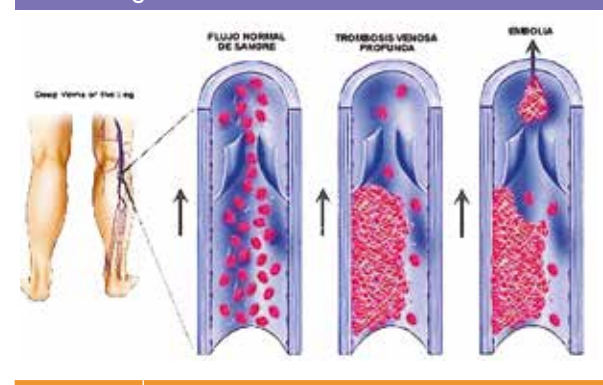


Figura 2. Trombosis Venosa Profunda



GRUPO DE TRABAJO 5.1

Los siguientes profesionales aportaron a la elaboración de esta guía. La FINH reconoce que algunas de las recomendaciones o la forma en que han sido presentadas pueden ser objeto de discusión y que éstas no representan necesariamente la posición de cada uno de los integrantes de la lista.

AUTORAS**1. Isabel Aburto T.**

Enfermera Universidad de Concepción. Directora Instituto Nacional de Heridas. Docente Post Títulos en el Manejo de Heridas y Ostomías, Escuela de Enfermería de la Universidad Mayor. Presidenta Fundación Instituto Nacional de Heridas. Trabaja en el tema de heridas y úlceras desde 1996 hasta la fecha. Crea el Instituto Nacional de Heridas el año 2005. Investigadora en tratamientos avanzados en heridas y úlceras desde 1998 hasta la fecha. Creadora de múltiples Campañas Sociales.

2. Patricia Morgado A.

Enfermera Matrona PUC. Asesora Fundación Instituto Nacional de Heridas. Investigador Asociado Escuela de Salud Pública Universidad Mayor. Trabajo en tema de heridas y úlceras entre Enero 1996 y Julio 2008 en el Ministerio de Salud de Chile, continuando hasta la fecha en la FINH. Docente Post Títulos en Manejo de Heridas y Ostomías del Instituto Nacional de Heridas.

CO- AUTORES

1. Médico Cristián Salas, Cirujano Vascular Periférico, Clínica Las Condes, Hospital del Salvador e Instituto Nacional de Heridas.

2. Médico Ricardo Roa, Cirujano Plástico, Hospital del Trabajador.
3. Médico Nicolás Lorenzini, Médico Cirujano, Corporación Municipal de Rancagua.
4. Enfermera Lorena Rosales, Instituto Nacional de Heridas.
5. Enfermera María Pía Bustos, Hospital Militar.
6. Nutricionista, Magister en Nutrición Christine Kreindl, Universidad de Chile.
7. Kinesióloga Luz Alejandra Lorca, Hospital del Salvador.
8. Kinesióloga Valentina Balagué, Hospital del Salvador
9. Ingeniero Civil Industrial Gonzalo Espinoza, Instituto Nacional de Heridas y Empresa Inversiones y Asesoría Lexcom.
10. Psicóloga Javiera Parragué, Fundación Hogar de Niños San José Santiago, Red SENAME.

COLABORADORES

1. Enfermera María Fernanda Morales, Instituto Nacional de Heridas.
2. Enfermera Cecilia Henríquez, Clínica Santa María.
3. Enfermera Viviana Muñoz, Academia Aesculap.
4. Enfermera Nelly Cáceres, Dirección Servicio de Salud Metropolitano Central.
5. Médico Alvaro Pantoja, Dermatólogo Oncólogo, Fundación Arturo López Pérez. Asesor Instituto Nacional de Heridas.