

Abordaje de las heridas en el ámbito sociosanitario

Francisco Blanco Barredo

Enfermero. Especialista en Geriátría. Centro de Mayores Santa Luisa. León. España

Correspondencia

Francisco Blanco Barredo.

Correo electrónico: franupp@gmail.com

(Recibido: 25/02/2018. Aceptado: 10/04/2018)

RESUMEN

El trabajo desarrollado por los profesionales de la Enfermería en el ámbito sociosanitario es una labor cada día más especializada que requiere un enfoque centrado en la persona. Las heridas crónicas son muy frecuentes en el anciano.

El abordaje de este tipo de lesiones requiere formación actualizada y una acción coordinada por parte de todos los trabajadores de los centros. El presente artículo pretende reflejar los puntos fuertes y las carencias a las que se enfrentan a diario los trabajadores del Centro de Mayores Santa Luisa para intentar ofrecer unos cuidados que estén a la altura de las expectativas y exigencias de los usuarios actuales de este tipo de centros.

PALABRAS CLAVE

Atención de Enfermería; Heridas y lesiones; Hospitales Geriátricos

SUMMARY

The work developed by professional nurses in the social healthcare field is an increasingly specialized task that requires a person-centered approach. Chronic wounds are very frequent in the elderly.

The approach to this type of injuries requires up-to-date trainings and coordinated action from all workers at the centers. This article aims to reflect the strengths and shortcomings that workers of the Santa Luisa Senior Center face every day trying to offer care that is up to the expectations and demands of current users of this type of centers.

KEYWORDS

Nursing Care; Wounds and injuries; Geriatric Hospitals

Introducción

La atención integral de las personas dependientes exige contar con profesionales y personal de atención directa con acreditada formación en geriatría y gerontología, así como en técnicas de trabajo en grupo, en práctica de la interdisciplinariedad, etc. (1). El trabajo desarrollado por los profesionales de la Enfermería en el ámbito sociosanitario es una labor cada día más especializada. A través de la formación como piedra angular, se ha creado un perfil de profesional enfermero especializado y capacitado para la atención de los usuarios geriátricos.

La población de nuestro país, como la del resto de los países occidentales industrializados, está cada día más envejecida. España está sufriendo un proceso de envejecimiento demográfico mucho más rápido que otros países de la Unión Europea y las previsiones futuras sugieren que la tasa de dependencia aumentará en los próximos años (2). Esto hace que la atención geriátrica y la calidad de la misma sean unos asuntos más relevantes cada día.

La atención sociosanitaria requiere un enfoque centrado en la persona, como paradigma de atención a pacientes y no a enfermedades (3). El usuario de este tipo de centros es cada día más exigente en

cuanto a la calidad asistencial que espera recibir, ya que tiene un concepto de su estado de salud y mantenimiento de la misma muy diferente al predominante hace tan solo quince o veinte años. Probablemente esto también sea un factor decisivo para que tanto los centros sociosanitarios como los profesionales que allí trabajan intenten estar a la altura de las exigencias actuales.

El anciano de hoy día suele presentar varias patologías, algunas de ellas agudas pero sobre todo crónicas, y cuando se encuentran en fase terminal requieren de cuidados paliativos para su tratamiento. Su abordaje, por tanto, ha de ser holístico, atendiendo a las distintas comorbilidades y problemas psicosociales y de su entorno.

Las heridas crónicas aumentarán en los países desarrollados debido al envejecimiento progresivo de la población (4). Las lesiones ulcerosas y heridas crónicas son muy frecuentes en el anciano. Suelen ser secundarias a accidentes o traumatismos, favorecidas por el estado envejecido de la piel, el déficit circulatorio, las carencias vitamínicas, minerales, el déficit visual, y agravadas por las comorbilidades que pueda presentar el paciente, como diabetes, inmunopatías o incluso procesos oncológicos.

Los profesionales que desarrollan su actividad en el ámbito sociosanitario son conscientes de esta realidad, y poco a poco se han dado cuenta de que el abordaje óptimo de las mismas requiere una atención consensuada: los distintos profesionales que llevan adelante el trabajo enfermero en un centro de mayores han de estar coordinados, tanto a nivel de diagnóstico, de elaboración y ejecución del plan de acción, como en las evaluaciones del mismo e introducción de elementos de ajuste. Por lo tanto, todos los profesionales deben ir en la misma dirección, siguiendo una línea de actuación común, respetando los acuerdos y directrices, lo que incluye el abordaje de lesiones ulcerosas.

Pero no solo a nivel de Enfermería, esta línea de actuación además debe estar coordinada con el médico, con el fisioterapeuta o el profesional de Terapia ocupacional (si los hubiera) con el objeto de que las intervenciones se enfoquen a resolver cada una de las necesidades que están relacionadas con las complicaciones derivadas de la lesión (5). Estamos acostumbrados a priorizar la actuación del servicio médico y de enfermería, pero no debemos olvidar la importancia de la atención psicológica, social y de terapia ocupacional, ni descuidar la actuación fundamental en la alimentación e hidratación del individuo ulcerado. Se trata, por tanto, de realizar un abordaje holístico, pero también multidisciplinar, que tenga en cuenta el contexto social, biológico, psicológico, económico y cultural de las personas con heridas.

Gestión de cuidados de heridas crónicas en el Centro de Mayores Santa Luisa.

Centrándonos en España, podemos comprobar, de forma general, que la situación de las residencias de mayores es bastante heterogénea, al encontrarnos con una gran diversidad y pluralidad de centros en cuanto a sus características, titularidad, fórmulas de gestión, estructura y organización, niveles de atención, características de los residentes, etc. (6).

El Centro de Mayores Santa Luisa es un centro socio sanitario de titularidad pública dependiente de la Diputación de León que cuenta con 101 plazas para residentes y una plantilla de 70 trabajadores.

En este centro tenemos la fortuna de poder dar cobertura a casi todos esos aspectos ya mencionados y que han mostrado tener tanta importancia en la actuación frente a la lesión, ya que tanto en recursos humanos como materiales contamos con una cobertura adecuada.

Otro aspecto básico para el seguimiento y cuidados de las heridas en la población residente, que para nuestro centro es una fortaleza, es la continuidad temporal de cuidados. Es frecuente que en un centro de mayores haya cobertura asistencial los tres turnos de trabajo, con lo cual se cuenta con la ventaja de ofertar cuidados con una duración ilimitada y ajustada siempre a las necesidades del paciente y de la lesión, ya que el usuario no causará alta a corto o medio plazo

como ocurriría habitualmente en el paciente hospitalizado.

La presencia continuada del personal sanitario: enfermeras y Técnico de Cuidados Auxiliares (TCAE) en el ámbito sociosanitario, hace posible una prevención, detección y tratamiento precoz de las lesiones. Al llevar a cabo ciertas tareas rutinarias como la higiene del paciente o el control de constantes se suele aprovechar para efectuar una exploración de la piel, y esto permite detectar úlceras y lesiones cutáneas incipientes (7).

Para la Enfermería de nuestro centro, los TCAE son fundamentales para la prestación de unos cuidados de calidad. No solamente como profesionales competentes en cuidados básicos como la higiene, gestión de la incontinencia, cambios posturales, alimentación o hidratación, sino que también colaboran en labores tan importantes como la detección precoz de úlceras por presión (UPP) o lesiones por humedad, presencia de laceraciones o hematomas, etc. Además, también se encargan de la colocación y retirada de los sistemas de compresión de las extremidades inferiores: medias, dispositivos con velcro y demás (Fig. 1).



Fig. 1. Colocación de medias de compresión.

Este contacto regular y de proximidad entre usuarios y personal seguramente favorece que los mensajes de educación sanitaria y autocuidados, a través de la repetición y la continua supervisión, consigan sensibilizar a nuestros residentes o pacientes mucho más que lo que se podría conseguir en una sesión informativa trimestral en el centro de salud.

Este entorno favorece también el cumplimiento terapéutico, tan importante en el control de las comorbilidades que influyen de manera fundamental en la evolución de las heridas, así como el seguimiento de dietas, adaptadas siempre en función de las necesidades proteico-calóricas y de textura de cada residente.

El abordaje integral de una herida, y más concretamente de una herida crónica implica, o debería implicar, a profesionales de distintas especialidades: Enfermería de Primaria y Especializada, Podólogos, Cirujanos Plástico, Dermatólogo, Endocrino, Angiólogo, Geriatra, Infectólogo, Asistente social, etc. Además, entre los

distintos niveles asistenciales debería existir una comunicación fluida, continuada y coordinada con el fin de elaborar un plan de tratamiento adecuado que conduzca a la resolución de la lesión.

Sin embargo, la realidad es que la comunicación entre niveles todavía no está del todo desarrollada, que los programas informáticos de gestión de pacientes de Especializada y Primaria no suelen ser los mismos o están deficientemente enlazados, y que figuras tan importantes como la de enfermera de casos o de enlace todavía están muy poco implantadas en algunas comunidades.

Actualmente no existe integración de los centros sociosanitarios con los distintos niveles asistenciales, por lo que cuando un paciente ingresa o regresa al centro sociosanitario después de ser atendido en Atención Primaria o Especializada, o tras un ingreso hospitalario, hay asuntos tan fundamentales como la realización de pruebas diagnóstica o la recogida de resultados que se convierten en una carrera de fondo (Fig. 2).

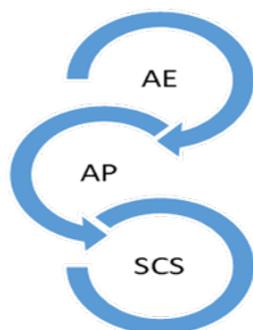


Fig. 2. Algoritmo integración de Servicios Sanitarios.
Fuente de elaboración propia.

¿Y Cómo se suplen estas deficiencias?

Con imaginación, paciencia, mucha formación y haciendo uso de nuestras fortalezas:

- Atención continuada.
- Personal sensibilizado y formado.
- Residentes sensibilizados y formados.
- Familiares sensibilizados.
- Programas preventivos.
- Detección y abordaje precoces.
- Gestión de recursos humanos y materiales.
- Cumplimiento terapéutico y control de comorbilidades.
- Adherencia terapéutica.
- Nutrición, dietas adaptadas.
- Asistencia por fisioterapia, podología y terapia ocupacional: movilizaciones, ejercicios para las bombas musculares, adaptación de prótesis, descargas.
- Control de recidivas.

Manejo de heridas

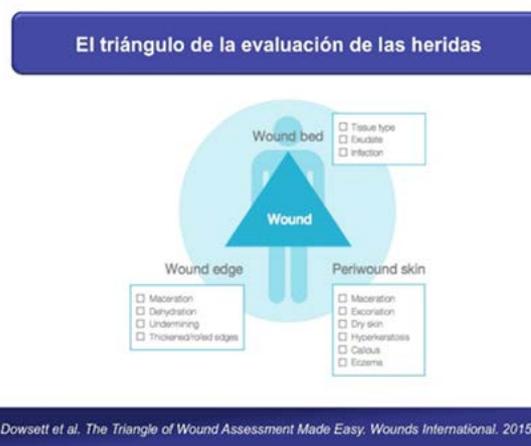
El manejo de las heridas exige el dominio de una serie de conocimientos y habilidades adquiridos en el grado,

pero sobre todo en el posgrado. Es necesario estar al día en lo referente a las técnicas y recursos materiales disponibles en este campo, así como implementar las recomendaciones que aparecen en los documentos de consenso, guías de práctica clínica y otra serie de guías de actuación (teniendo en cuenta también las novedades en cuanto a escalas de valoración del riesgo o instrumentos de medida). Todo ello implica un afán del profesional por mejorar día a día en su trabajo, estando informado de las novedades, tanto si existe posibilidad de incorporarlas como si no.

Como lesiones más frecuentes a las que nos enfrentamos:

1. Lesiones agudas: Suelen ser, en su mayoría, lesiones traumáticas secundarias a caídas (heridas inciso-contusas frontales o en arco ciliar), laceraciones de origen traumático (principalmente en cresta tibial y antebrazos), y lesiones debidas a golpes con los arneses o estribos de las sillas de ruedas o contra el mobiliario. Entre las heridas quirúrgicas las que más predominan son las derivadas de la cirugía de cadera.
2. Crónicas: Nos encontramos con todo tipo de heridas crónicas, predominando las lesiones vasculares de origen venoso pues mayoritariamente el centro acoge a mujeres, y la edad media de los usuarios ronda los 84 años.

El abordaje de unas y otras se rige por el criterio de atención integral del paciente: El control de la causa, los cuidados generales del paciente y los tratamientos locales de las heridas.



Dowsett et al. The Triangle of Wound Assessment Made Easy. Wounds International. 2015

Fig. 3. Triángulo de curación de heridas.

A nivel local basamos nuestra actuación en lograr una adecuada preparación del lecho de la herida, con el acrónimo TIME como herramienta de trabajo, y respetando las premisas de la cura en ambiente húmedo. Queremos destacar que siguiendo las recomendaciones de la WUWHS (World Union of Wound Healing Societies) (8) hemos incorporado “el Triángulo de la Cicatrización” (Fig. 3), una novedosa e intuitiva herramienta de evaluación que, además de prestar atención al lecho de la herida, destaca la importancia del borde y de la

piel perilesional como claves para promover la cicatrización (9). El objetivo es facilitar un registro protocolizado y eficiente de la evolución de las heridas en la historia del paciente y ayudar en la toma de decisiones de manejo.

En las lesiones vasculares es fundamental la exploración de pulsos e inspección de la extremidad. Sin embargo, no disponemos de Doppler portátil todavía, por lo que una herramienta diagnóstica tan importante como el índice tobillo/brazo (ITB) no está a nuestro alcance, dependiendo para la toma de decisiones exclusivamente, de la clínica y evolución de la lesión.

Recientemente hemos incorporado la terapia de compresión con baja elasticidad. Para su correcta aplicación es preciso contar con el valor de ITB, por lo que de momento trabajamos a baja compresión (20mmHg), en función de la tolerancia del paciente y siempre en extremidades con pulsos, por lo que hasta ahora no se han registrado complicaciones (Fig.4).



Fig. 4. Colocación sistema de compresión.

Queremos destacar que en nuestro centro aplicamos terapia compresiva para tratar todo tipo de lesiones de las extremidades inferiores, y no solamente en las de origen vascular, porque hemos comprobado que resulta fundamental de cara a una pronta y efectiva cicatrización.

La prevalencia de UPP en el centro es de un 3%. Desde hace años hemos implantado un programa de gestión de UPP, basado en la prevención, una detección y asistencia precoz en situaciones de riesgo, cambios posturales, utilización de SEMP (superficies especiales de manejo de presiones), productos barrera y una adecuada alimentación/hidratación. Los casos documentados en los últimos años son de origen externo, y se deben a intervenciones de cadera, que han requerido ingreso hospitalario prolongado o estancias en UCI. Su evolución en el centro ha sido, en general, francamente adecuada, salvo algún caso de fallecimiento por agravamiento del proceso.

Más frecuentes en el centro son las lesiones por humedad (DAI). Tenemos implantado un programa de gestión de la incontinencia basado en la adaptación de los productos en función de la sensibilidad de los usuarios, además de una correcta política de cambios de absorbentes, uso de colectores, sondajes y obturadores anales y utilización de cremas de barrera, para prevenir complicaciones innecesarias, produciendo además un ahorro emocional y económico. Pero los resultados no son los esperados. Tras la evaluación del programa, entre las barreras encontradas hayamos, entre otras, la baja calidad de algunos de los recursos materiales disponibles para la gestión de la incontinencia y la abrasividad de las esponjillas jabonosas (Fig. 5). No obstante, necesitamos continuar evaluando nuestros resultados para identificar la eficacia de las distintas intervenciones que llevamos a cabo para tratar la dermatitis asociada a la incontinencia, así como para valorar la seguridad y la eficacia de los productos (10). A este respecto, en la actualidad estamos probando la eficacia de la realización del aseo diario y la higiene perineal tras cada cambio de absorbentes, en un grupo de 10 residentes con elevado grado de dependencia, incontinentes y usuarios de silla de ruedas, con un sistema novedoso para la higiene y aseo a base de toallitas y manoplas impregnadas en una loción con ingredientes nutritivos para la piel, con PH neutro que no contienen jabón, látex, alcohol ni colorantes. Tras un mes de testar el producto los resultados están siendo muy satisfactorios, y lo más destacable, además de un nivel de higiene muy adecuado e hidratación de la piel, es que los pliegues están mucho mejor, ya que las toallitas para la higiene perineal llevan Dimeticona la cual realiza un efecto película a esos niveles impidiendo o reduciendo la maceración de las zonas expuestas a humedad.



Fig. 5. Lesiones de humedad.

En cuanto a las lesiones de pie diabético, tenemos en marcha un protocolo de prevención en el centro basado en un control periódico (quincenal) de la salud de los pies de los residentes en general y de los diabéti-

cos en especial, que incluye exploración cutánea, articular, vascular (pulsos) y neurológica (monofilamento), y se acompaña de una buena educación sanitaria (normas de higiene, eliminación de callosidades, corte adecuado de uñas y uso de calzado apropiado).

Los casos complejos se suelen derivar a un servicio de podología externo para la elaboración de plantillas, descargas, siliconas, etc. y también contamos con la asistencia de servicios especializados hospitalarios como Cirugía Vascular y Endocrino a los cuales derivamos periódicamente a los residentes en función de la necesidad.

Dentro de las lesiones crónicas hay que hacer referencia a la creciente incidencia de úlceras tumorales en nuestro entorno. Se trata de lesiones que nos han obligado a cambiar nuestra visión a la hora de enfrentarlas, ya que el cuidado de las lesiones malignas es complejo y constituye un reto para los profesionales de la salud, no sólo por la complejidad de la propia lesión sino por las dificultades físicas y la carga psicológica que tienen que soportar estas personas, los cuidadores y familias (11). El tratamiento de las úlceras tumorales suele ser paliativo, con el objetivo de optimizar la calidad de vida de los pacientes mediante el alivio de los síntomas físicos (exudado abundante, mal olor, picor, dolor y sangrado). Todo ello con el fin de hacer lo más digno y llevadero posible este proceso al residente afectado por este tipo de lesiones.

Por último, hay que hacer referencia a otro aspecto que nos parece fundamental en un centro geriátrico como el nuestro al enfrentar heridas. Se trata de tener claro cuándo derivar al paciente a un nivel superior, tanto a una consulta hospitalaria especializada como al servicio de urgencias: los signos de isquemia crítica de una extremidad, la presencia de gangrena, la celulitis extensa, y la sospecha de sepsis o de osteomielitis (leucocitosis, VSG elevada, probe to bone positivo) son criterios de derivación urgente.

Bibliografía

1. Nieto Morales C, Chicharro Rodríguez P, Cordero Ramos N. Diferentes perspectivas de intervención con personas mayores. Editorial Dykinson S.L. Madrid 2017. ISBN 978.84.9148.251.2
2. Abades Porcel Mercedes, Rayón Valpuesta Esperanza. Ageing in Spain: it's a challenge or social problem?. Gerokomos [Internet]. 2012 Dic [citado 2018 Abr 23]; 23(4): 151-155. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2012000400002&lng=es
3. Milagros Rico-Blázquez, Sheila Sánchez Gómez, Carmen Fuentelsaz Gallego. El cuidado como elemento transversal en la atención a pacientes crónicos complejos. Enferm Clin 2014; 24:44-50 - DOI: 10.1016/j.enfcli.2013.11.001
4. Esperón Güimil JA, Loureiro Rodríguez MT, Antón Fuentes VM, Rosendo Fernández JM, Pérez García I, Soldevilla-Agreda JJ. Variabilidad en el abordaje de las heridas crónicas: ¿qué opinan las enfermeras?. Gerokomos [Internet]. 2014 Dic [citado 2017 Oct 24]; 25 (4): 171-177. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134928X2014000400007&lng=es.
5. Esparza Imas Gonzalo, Fuentes Agúndez Adrián, Morales Pasamar María Jesús, Nova Rodríguez Juan Manuel. Visión y experiencia de enfermeras coordinadoras de unidades de heridas crónicas. Gerokomos [Internet]. 2016 Sep [citado 2018 Abr 24]; 27(3): 127-130. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134928X2016000300009&lng=es.
6. Rodríguez Palma M, Vallejo Sánchez JM. La gestión de úlceras por presión en residencias de mayores: Obstáculos y facilitadores. Gerokomos [Internet]. 2010 [citado 2017 Oct 24]; 21(3): 108-113. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134928X2010000300003&lng=s
7. Mantilla SC Pérez OP, Sánchez LP. Identificación del riesgo de desarrollar úlceras por presión y cuidados preventivos de su ocurrencia, en adultos mayores institucionalizados de norte de Santander. Revista Movimiento Científico 2015 [citado 2017 Oct 24]; 9, (1): 33-40. ISSN 2463-2236. Disponible en: <http://revistas.iberamericana.edu.co/index.php/Rmcientifico/article/view/854>.
8. Página web: www.woundsource.com/.../world-union-wound-healing-societies-
9. Elena Conde Mongero. El triángulo de evaluación de las heridas: Más allá del borde de la úlcera. Documento en internet. Disponible en: <http://www.elenaconde.com/el-triangulo-de-evaluacion-de-las-heridas-mas-alla-del-borde-de-la-ulcera/>
10. Sampedro MAZ, Varela LC, Caro RT. Lesiones por humedad. Revisión de conocimientos. Enfermería Global. 2015; 14(2):325-34.
11. Grupo de Trabajo de la GPC sobre el cuidado de personas con úlceras neoplásicas. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras neoplásicas. Edita: Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba; Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería. 2015.