



FUNDACIÓN
INSTITUTO NACIONAL
DE HERIDAS

REVISTA LATINOAMERICANA DE ENFERMERAS EN HERIDAS Y OSTOMÍAS

VOLUMEN 2 - NOVIEMBRE 2019 - ISSN 2452-4565



- NOMENCLATURA DE UPP/LPP
- LATINOAMÉRICA Y ASIA EN EL MANEJO DE LAS HERIDAS
- CALIDEZ EN EL CUIDADO
- QUEMADURAS TIPO AB
- EDUCACIÓN EN PACIENTES
- RUTA SOLIDARIA EN HAITÍ
- CASOS CLÍNICOS

RENASYS[®] La Terapia de Presión Negativa más usada en Chile

La simplicidad y flexibilidad de RENASYS[®] permiten mejorar la vida de los pacientes

Smith+Nephew

RENASYS[®] GO

RENASYS[®] EZ MAX

Terapia de Presión Negativa



Para obtener una versión digital
escanee el código



ASISTENCIA
TÉCNICA

24/7

- *Directora Revista*
E.U. Isabel Aburto
Presidente
Fundación Instituto Nacional de Heridas (FINH)
Sociedad de Enfermeras
Latinoamericana de Heridas
- *Editores Jefe*
E.M. Marcela Vergara
COANIQUEM
- *Comité Editorial*
 - Dr. Rodrigo Julio
Cirujano Vascular, FINH,
Clínica Indisa, Hospital del
Salvador
 - Dr. Cristian Salas
Cirujano Vascular, FINH,
Clínica Las Condes, Hospital del
Salvador
 - Dr. Sergio Valenzuela
Cirujano Vascular, Clínica
Santa María, Hospital San
Borja Arriarán
 - E.U. Ana Cabello
Clínica Ricardo Palma, Perú
 - E.U. Natalia Acevedo
CESFAM San Juan de
Coquimbo
 - E.U. Pía Venegas
Ministerio de Salud
 - PhD Víctor Silva
Universidad Mayor
- *Comité Asesor FINH*
 - Ing. Gonzalo Espinoza
Gerente de Finanzas FINH
 - Dr. Nicolás Lorenzini
CESFAM María Lattife
 - E.U. Pamela Torres
Universidad Diego Portales

*Publicación de la Fundación Instituto
Nacional de Heridas*

Dirección:

Rancagua 509, Providencia.
56-22237667 – 56-22274835
info@inheridas.cl

Representante Legal:

E.U. Isabel Aburto

Edición de Textos:

E.M. Patricia Morgado

Diseño:

Luz María González Silva
www.redcreativa.com

Impresión:

Salesianos Impresores S.A.
Todos los derechos reservados
Registro Propiedad N° A-295868
SSN 2452-4565

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	2
EDITORIAL	
COMPARTIENDO SUEÑOS A TRAVÉS DE LA CAPACITACIÓN	3
COMO PUBLICAR	5
ARTÍCULOS	
1 CAMBIO DE NOMENCLATURA DE UPP A LPP	6
2 CALIDEZ EN EL CUIDADO: ASPECTOS RELACIONALES DE LA FORMACIÓN DEL VÍNCULO USUARIO-PRESTADOR DE SALUD	11
3 LATINOAMÉRICA Y ASIA UNIDAS EN LA GESTIÓN DEL CUIDADO DE PERSONAS CON HERIDAS: BECA AWCA/SELH	17
4 LA CURACIÓN COMO HERRAMIENTA PARA EVITAR LA PROFUNDIZACIÓN DE LAS QUEMADURAS TIPO AB	25
5 PROGRAMA EDUCATIVO Y GRUPOS DE SOPORTE EN PERSONAS OSTOMIZADAS: UNA EXPERIENCIA SIGNIFICATIVA	30
CAMPAÑAS SOLIDARIAS	
DÍA NACIONAL DE LAS HERIDAS 2019	33
RUTA SOLIDARIA DE LAS HERIDAS EN HAÍTÍ 2017-2019	35
DÍA NACIONAL DEL OSTOMIZADO 2019	45
CASOS CLÍNICOS	
1 MANEJO DE ÚLCERA VENOSA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: UN GRAN DESAFÍO	47
2 CURACIÓN AVANZADA CON MATRIZ ANTIOXIDANTE EN ÚLCERA VENOSA DE LARGA DATA EN ETAPA INFLAMATORIA	50
3 CURACIÓN AVANZADA COMO ALTERNATIVA PARA LA CICATRIZACIÓN DE LA GANGRENA DE FOURNIER	53
4 USO DE APÓSITO ANTIMICROBIANO CON DACC EN PACIENTE DIABÉTICO CON AMPUTACIÓN DE ORTEJO	56
5 USO DE MEMBRANA AMNIÓTICA EN PACIENTE CON ÚLCERA DE PIE DIABÉTICO ISQUÉMICO	59
6 ABORDAJE DE UNA QUEMADURA GRAVE DE MANO COMO CRITERIO GES	63
7 MANEJO AVANZADO EN UNA LESIÓN POR LOXOSCELISMO CUTÁNEO: IMPORTANCIA DE UNA INTERVENCIÓN OPORTUNA	67
8 Pioderma gangrenoso: una complicación inusual y desafiante para enfermería	71
9 MANEJO DE HERIDA POR EXTRAVASACIÓN DE QUIMIOTERAPIA A TRAVÉS DE CATÉTER CON RESERVORIO SUBCUTÁNEO	74
10 CURACIÓN AVANZADA EN EL MANEJO DE LA FLEBITIS QUÍMICA EN PACIENTE ONCOLÓGICO	77
11 USO DE APÓSITO INHIBIDOR DE METALOPROTEASAS CON TLC-NOSF EN LESIÓN POR ABSCESO PLANTAR DE UN PIE DIABÉTICO	80

AGRADECIMIENTOS



*C*omo Presidenta de la Fundación Instituto Nacional de Heridas y Sociedad de Enfermeras Latinoamericana de Heridas (SELH), deseo agradecer a todos los que hacen posible una vez más la realización de la Segunda Edición de la Revista Latinoamericana de Enfermeras en Heridas y Ostomías, la que permite mostrar a través de los autores, los

diferentes protocolos en manejo de heridas y ostomías que se realizan en algunos países de Latinoamérica.

Deseo agradecer a todos los profesionales que enviaron artículos y casos clínicos para esta Edición y felicitar a los seleccionados. Agradecer también a todo el equipo de la SELH, quienes trabajaron activamente en la ejecución de esta Edición, en especial a la Editora Jefa y una vez más agradecer por el apoyo al Directorio de la Fundación Instituto Nacional de Heridas que hace posible plasmar esta Edición en un documento de un excelente diseño y calidad de impresión, la que esperamos sea muy útil para el trabajo de enfermería.

Esperamos para el año 2020 que se integren aún más enfermeras/os a participar activamente en la Tercera Edición de la Revista Latinoamericana de Enfermeras en Heridas y Ostomías.

TE ESPERAMOS

Isabel Aburto Torres

Presidenta

Sociedad de Enfermeras Latinoamericanas en Heridas
Fundación Instituto Nacional de Heridas

COMPARTIENDO SUEÑOS A TRAVÉS DE LA CAPACITACIÓN

La capacitación del personal de salud es y ha sido una necesidad permanente desde hace muchísimos años, siempre con el pensamiento puesto en mejorar la atención de nuestros pacientes compartiendo nuestros conocimientos y nuestra experiencia.

Desde Haití, el año anterior un grupo de soñadores había solicitado que se les entregara una herramienta que les permitiera otorgar una mejor atención a sus pacientes con heridas y úlceras, es decir, capacitación en el tema. Accediendo a esta solicitud, que vino a confirmar que la capacitación del personal de salud es un asunto de suma importancia a nivel nacional e internacional, nuestro grupo decidió compartir sus conocimientos en el manejo de heridas con ellos.

Desde el año 2012, la Organización Mundial de la Salud (OMS) explicita la importancia de la capacitación en la atención en salud; Chiavenato define la capacitación como el proceso educativo de corto plazo, aplicado de manera sistemática y organizada, por medio del cual las personas adquieren conocimientos y desarrollan habilidades y competencias en función de objetivos definidos. ¿Cuál o cuáles estrategias permiten realizar una capacitación con mejores resultados en el personal de salud? La investigación “Capacitación del Personal de Salud, Evidencia para Lograr el Ideal” realizada por un grupo de enfermeras, evidenció que para realizar una buena capacitación es indispensable un personal dispuesto a ser capacitado y con necesidades reales de capacitación, un capacitador experto en el tema, en la realidad local y en estrategias educativas, demostrando que una combinación de técnicas de capacitación, entre tradicionales, modernas y lúdicas, mejoran los resultados de ésta, acercando los objetivos a los resultados que se desean obtener. El conocimiento se traduce en personal empoderado, con información que le permitirá solucionar problemas y tomar decisiones, favorecerá la confianza entre los integrantes del equipo de salud y la formación de líderes.

En este contexto, y convencidos de que podríamos ser un buen aporte para nuestra contraparte haitiana, este año un grupo de soñadores viajamos 5.786 km para llegar a Haití y compartir con ellos nuestros conocimientos y experiencia de más de 20 años en manejo avanzado de heridas y úlceras.

Esta hermosa experiencia, que nos llena de orgullo y satisfacción, está contenida en este número de la Revista dedicada a distintos temas relacionados con las heridas, en su artículo “Ruta Solidaria en Haití”, el cual nos muestra cómo podemos traspasar fronteras culturales e idiomáticas cuando lo que prima es difundir el conocimiento.

Marcela Vergara Bustamante

Enfermera Matrona
Editora Jefe

APOYADA POR:

WORLD UNION
OF
WOUND HEALING SOCIETIES



FUNDACIÓN
INSTITUTO NACIONAL
DE HERIDAS



MISIÓN

Estandarizar y difundir el cuidado de enfermería en heridas y ostomías con bases científicas y de forma humanizada en Latinoamérica.

BENEFICIOS

- Participación en Ruta Solidaria de las Heridas
- Becas a pasantías clínicas: Latinoamérica-Europa-América del Norte
- Beneficios asociados a la Fundación Instituto Nacional de Heridas (FINH).
- 50% descuento en Congreso de Heridas y Úlceras.
- Gratis Revista Latinoamérica de Enfermeras en Heridas y Ostomías.
- Acceso a estudios científicos realizados por la Sociedad y FINH

ACTIVIDADES A DESARROLLAR

- Participar en la difusión de los Boletines
- Participación activa en Encuestas
- Contribuir anualmente a la actualización de la Página Web
- Difundir las actividades de la Sociedad



FUNDACIÓN
INSTITUTO NACIONAL
DE HERIDAS

CONVOCATORIA 2020



ARTÍCULOS, INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA, CASOS CLÍNICOS

La Fundación Instituto Nacional de Heridas y la Sociedad de Enfermeras Latinoamericana de Heridas (SELH), los invita a ser parte de nuestra tercera edición de la Revista Latinoamericana de Enfermeras en Heridas y Ostomías. Nuestra Revista es una publicación de visualización científica de trabajos originales sobre temas de interés para enfermería, de preferencia temas relacionados con la gestión del cuidado de las heridas. Cuenta con 3 secciones permanentes “Artículos”, “Investigación Científica” y “Casos Clínicos”.

Los trabajos presentados deben ajustarse rigurosamente a las “instrucciones para autores”, las que puede encontrar en la página www.inheridas.cl

Los trabajos deben ser enviados a info@inheridas.cl pudiendo ser utilizado el mismo correo para cualquier duda o consulta.

Recepción de trabajos hasta el 30 junio 2020.

TE INVITAMOS A PARTICIPAR



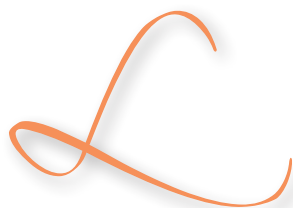
CAMBIO DE NOMENCLATURA DE UPP A LPP

AUTORA

Cristina Covarrubias

Enfermera Jefe Equipo Servicio de Cirugía Red Salud UC Christus

Correspondencia a mcovarru@med.puc.cl



La etiología de la úlcera por presión (UPP) ha estado en debate constantemente. Recientemente se han desarrollado nuevas propuestas acerca de la etiopatogenia de dichas lesiones, incorporando el concepto de lesiones por presión (LPP).

La revisión intentará responder si los términos de LPP o UPP se pueden nombrar indistintamente o si existen diferencias en la definición o alcance de un concepto versus el otro.

Se realizó una revisión de la literatura, para la cual se consultó en las principales bases de datos: MEDLINE, CINAHL, Cochrane Library, LILACS y Proquest Central.

García Fernández y Cols. establece el término lesión por presión, el cual se encuentra relacionado con la dependencia y con siete posibles tipos de lesiones, otorgando un nuevo marco conceptual; sin embargo, aún no ha sido incorporado por la OMS como reemplazo del concepto UPP.

A pesar del aporte sanitario que conlleva el término LPP, no se recomienda su uso en reemplazo de UPP hasta que éste sea incluido en el CIE-11.

Palabras clave: úlcera por presión, nomenclatura, etiología.

ABSTRACT

The etiology of pressure ulcer has been constantly debated. New proposals have been developed regarding the etiopathogenesis of these lesions, incorporating the concept of pressure injuries.

The review will attempt to respond if the terms of LPP or UPP can be named interchangeably or if there are differences in the definition or scope of one concept versus the other.

A review of the literature was carried out, for which the main databases are consulted: MEDLINE, CINAHL, Cochrane Library, LILACS and Proquest Central.

García Fernández et al. It establishes the term pressure injury, which is related to dependence and seven possible types of injuries, giving a new conceptual framework. However, it has not yet been incorporated by WHO as a replacement for the UPP concept.

Despite the health report that comes with the term LPP, its use in replacement of UPP is not recommended until it is included in the ICD-11.

Keywords: pressure ulcers, nomenclature, etiology.

INTRODUCCIÓN

Desde la primera descripción de UPP ha habido debate sobre su terminología. El primer término descrito por Wohlleben en 1777, “gangraena per decubitum”, se refiere a las heridas desarrolladas por los pacientes mientras están en cama, el cual dio origen a la investigación etiológica de Groth y una serie de estudios y documentos seminales, los que incorporaron varios términos como úlceras de decúbito y úlceras isquémicas los que, sin embargo, implicaban una vía limitada¹.

En 1975 se publicó “Bedsore Biomechanics”², el cual hacía referencia a lo que podríamos traducir como úlceras o llagas de cama. Este término mantiene la asociación con el lecho, a pesar de que en ese momento se sabía que las úlceras podían adquirirse al estar en contacto con superficies de soporte. Mientras tanto, el concepto de “úlceras por presión” comenzó a popularizarse a principios de los años setenta³, siendo aceptado a partir de los años noventa del siglo pasado¹.

El término úlcera por presión hace referencia a una lesión localizada en la piel y/o en el tejido subyacente, por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de una presión, o en combinación con cizallamiento¹. A éstas se asocian un número de factores contribuyentes u otros factores confundidores; no obstante, la importancia de éstos todavía no se ha dilucidado⁴.

Recientemente se han desarrollado nuevas propuestas acerca de la etiopatogenia de dichas lesiones. En este sentido, García-Fernández y Cols.⁵ propone el concepto de lesión frente al de úlcera, ya que existen lesiones por presión en las que la piel, estando dañada, sigue intacta, lo que sería poco compatible con el concepto úlcera⁶.

Todos los términos mencionados anteriormente se mantienen en uso por los equipos de salud y/o pacientes; sin embargo, se pesquisan tendencias en su uso según territorio. En Europa y América del Norte, el término UPP se usa ampliamente, mientras que en el sudeste de Asia, Australia y Nueva Zelanda han adoptado recientemente el término lesión por presión¹, concepto utilizado desde el 2016 por parte del National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)^{7, 8}.

Por tanto, el presente artículo determinará la factibilidad de definir cuál es el alcance que uno u otro término tienen y se establecerán diferencias o similitudes en la terminología de ambos conceptos para poder concluir si es que LPP se puede usar en forma similar a UPP.

METODOLOGÍA

Para cumplir con el objetivo propuesto, se llevó a cabo una revisión de la literatura. Se realizó una búsqueda en las principales bases de datos

de ciencias de la salud: MEDLINE, CINAHL, Cochrane Library, LILACS y Proquest Central. Se estableció como criterio de búsqueda los últimos cinco años, sin restricción de idioma. Los términos utilizados fueron [“úlceras por presión”] y/o [“lesión por presión”], además de sus traducciones en inglés. Asimismo, se realizó una búsqueda secundaria de información.

Se realizó un primer cribado de los registros de los artículos devueltos por las bases de datos, con una lectura de título y abstract, para detectar duplicidades y realizar una primera selección. Tras la misma, se accedió al texto completo de los artículos seleccionados y se realizó su lectura para determinar su idoneidad sobre la temática.

RESULTADOS

La contribución de García Fernández y Cols. realizada en el año 2014 se basa en la revisión sistemática de los diferentes factores de riesgo publicados entre 1962 y 2009, la cual definió un nuevo término: las lesiones relacionadas con la dependencia con siete posibles tipos de lesiones y un nuevo marco conceptual⁵. Este trabajo, además de modificar la clasificación existente hasta la fecha, abrió la puerta a la reconsideración de la denominación de LPP frente al término UPP.

Es así como la definición de LPP incluye a la UPP, siendo considerada como una lesión localizada en la piel y/o los tejidos subyacentes. Es relevante destacar que dicha lesión puede presentarse como piel intacta o una úlcera abierta que puede ser dolorosa⁵. Generalmente se desarrolla sobre una prominencia ósea o en relación con un dispositivo médico u otro, como resultado de la presión aislada y continua sobre una zona y/o combinada con el mecanismo de cizalla^{1, 5}. Además, la tolerancia de los tejidos puede

verse afectada por el microclima, la nutrición, la perfusión, las comorbilidades y el estado del tejido blando⁷, lo cual se condice con lo ya expuesto por Braden, Bergstrom y Coleman y Cols.^{9, 10}.

Como se mencionó anteriormente, este modelo teórico describe siete tipos de lesiones según su mecanismo de producción: humedad, presión, fricción, presión de humedad, presión-fricción, fricción-humedad y lesiones multifactoriales. En relación a lo anterior, identifica factores coadyuvantes para todos los tipos de lesiones. El enfoque que se propone para estas lesiones está determinado por su mecanismo de producción y debe adaptarse de acuerdo con los factores etiológicos involucrados⁵.

Este innovador artículo publicado en el Journal of Nursing Scholarship⁵ pone de manifiesto la importancia de contar con una clasificación de úlceras, así como escalas de valoración del riesgo basadas en factores predictivos específicos, que permitan identificar las diversas causas de las úlceras y diferenciar las que se originan por presión, de otros tipos de lesiones crónicas asociadas al estado de dependencia o inmovilidad que sufre el paciente.

Estos autores concluyen que todas estas lesiones aparecen en pacientes que presentan algún tipo de dependencia, por lo que se desligan de la edad o del estado de salud, conceptos incluidos en el manejo de UPP; más aún, a pesar de que estas lesiones aparecen generalmente al realizar cambios posturales de manera inadecuada o en pacientes incontinentes, se explicita que también pueden aparecer en pacientes de riesgo que no hayan sido valorados adecuadamente, por lo que, a su vez, puedan estar recibiendo tratamientos preventivos o curativos erróneos o insuficientes, no ajustados a sus necesidades específicas^{11, 12}.

Este aporte al conocimiento y la práctica clínica, a pesar de ser adquirido por el NPUAP norteamericano, no ha estado exento de polémica debido a la connotación del concepto “injury” o lesión. La LPP simplemente significa que el tejido está lesionado por la presión (y / o cizallamiento). No asigna la culpa ni implica de ninguna manera que la lesión fue “causada” por algo que los proveedores de atención médica “hicieron” o “no hicieron”¹³.

Debido a dicha problemática, las partes interesadas, principalmente los miembros de NPUAP, debieron revisar los primeros borradores de las nuevas definiciones¹³. Además, de forma complementaria, lograron establecer puentes de unión con hallazgos científicos de otros investigadores con el fin de avalar la nueva propuesta y así apoyar abrumadoramente este cambio.

Es así como el National Pressure Ulcer Advisory Panel redefinió qué son las LPP durante la Conferencia de Consenso sobre la categorización de la NPUAP de 2016 que tuvo lugar entre el 8 y el 9 de abril de 2016 en Rosemont. Las definiciones actualizadas sobre la categorización fueron presentadas en dicha conferencia ante 400 profesionales, los cuales participaron en el consenso sobre definiciones actualizadas a través de un proceso de discusión interactiva y votación¹⁴.

Este proceso validó la sustitución del término UPP, dando paso al concepto de lesión por presión¹⁴. No obstante, este consenso alcanza un nivel D o 5 de evidencia según la clasifi-

cación de Sackett, siendo considerada como “la de menor/peor evidencia”¹⁵. Así, se decide incluir dicho término en la nueva guía “Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Methodology Protocol for the Clinical Practice Guideline”¹⁶.

A pesar de que diferentes instituciones han decidido incorporar este nuevo concepto, el CIE-11 incluye en una misma definición el concepto de UPP, LPP y escara de decúbito, precisándolas como “lesión localizada y necrosis isquémica de la piel y los tejidos subyacentes debidas a la presión prolongada, o a una combinación de presión y cizallamiento. Las prominencias óseas del cuerpo son los sitios afectados con mayor frecuencia; la inmovilidad y la debilidad son los principales factores contribuyentes”¹⁷.

CONCLUSIÓN

El concepto de LPP ha tenido gran impacto a nivel sanitario por las diversas contribuciones que conlleva en su manejo y tratamiento. Si bien ha sido incorporada por diversas entidades especialistas, este concepto aún no es incluido como término MESH; más aún, no ha sido incorporado a nivel mundial por parte de la OMS y el consecuente cambio del CIE-11, por tanto, no es recomendable el uso del término lesión. Asimismo, no existe investigación en torno al tema, por lo que tampoco existe una perspectiva investigativa para abordarlo.

BIBLIOGRAFÍA

1. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisor Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline. En: Emily Haesler, ed. Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia; 2014.
2. Kottner J, Balzer K, Dassen T, Heinze S. Pressure ulcers: A critical review of definitions and classifications. *Ostomy Wound Manage.* 2009;55(9):22-9
3. Black J, Baharestani MM, Cuddigan J, Dorner B, Edsberg L, Langemo D, et al. National pressure ulcer advisory panel's updated pressure ulcer staging system. *Adv Skin Wound Care.* 2007;20(5):269-74
4. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: Quick Reference Guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.
5. García-Fernández FP, Soldevilla Agreda JJ, Verdú J, Pancorbo-Hidalgo PL. A new theoretical model for the development of pressure ulcers and other dependence-related lesions. *J Nurs Schol.* 2014;46 (1):28-38.
6. García-Fernández F.P., Soldevilla Agreda J.J., Pancorbo Hidalgo P.L., Verdú Soriano J., López Casanova P., Rodríguez Palma M. Clasificación-categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP N° II. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño, 2014.
7. National Pressure Ulcer Advisory Panel. NPUAP Pressure Injury Stages. <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/npuap-pressure-injury-stages/>
8. Edsberg, L. E., Black, J. M., Goldberg, M., McNichol, L., Moore, L., & Sieggreen, M. (2016). Revised National Pressure Ulcer Advisory Panel Pressure Injury Staging System: Revised Pressure Injury Staging System. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 43(6), 585-597. doi:10.1097/won.0000000000000281
9. Braden B., Bergstron N. A. Conceptual schema for the study of the etiology of pressure sores. *Rehab Nurs.* 1987; 12(1):8-16.
10. Coleman S., Gorecki C., Nelso A.E., Closs S.J., Defloor T., Halfens R., et al. Patient risk factors for pressure ulcer development: Systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2013; 50(7):974-1003.
11. García-Fernández F.P., Pancorbo-Hidalgo P.L., Soldevilla-Agreda J.J. Eficacia clínica del uso de las escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión (UPP). Revisión de la literatura. *Revista Chilena de Heridas y Ostomías.* 2013; 4(4): 14-26. Disponible en: <http://www.inheridas.cl/PHP/docgestorgal.php?ref=70>
12. García-Fernández FP, Pancorbo-Hidalgo PL, Soldevilla-Agreda JJ. Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión en la infancia. *Gerokomos* [online]. 2011; 22(1): 26-34. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v22n1/helcos1.pdf>
13. NPUAP Position Statement on Staging – 2017 Clarifications, January 24, 2017. Disponible en: <http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2012/01/NPUAP-Position-Statement-on-Staging-Jan-2017.pdf>.
14. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Valoración y manejo de las lesiones por presión para equipos interprofesionales. Tercera edición. Toronto, EN: Registered Nurses' Association of Ontario; 2016.
15. Manterola C, Asenjo-Lobos C, Otzen T. Jerarquización de la evidencia: Niveles de evidencia y grados de recomendación de uso actual. *Rev. chil. infectol.* [Internet]. 2014 Dic; 31 (6): 705-718. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182014000600011&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182014000600011>
16. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Ulcer Advisory Panel, and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Methodology Protocol for the Clinical Practice Guideline (Third edition). Emily Haesler (Ed.). EPUAP, NPUAP & PPPIA: 2018.
17. Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional de enfermedades Ed.11 [Internet]; c2018. Disponible en <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>

CALIDEZ EN EL CUIDADO: ASPECTOS RELACIONALES DE LA FORMACIÓN DEL VÍNCULO USUARIO-PRESTADOR DE SALUD

AUTORA
Zita Lagos S.

Enfermera Universidad de los Andes, Chile. Profesor Titular.
Magíster en Planificación y Gestión Educacional.
Doctora en Ciencias. Universidad de Sao Paulo.
Correspondencia a zita.lagos@gmail.com



El Sistema de Salud ha enfatizado en la satisfacción usuaria como principio de la política en salud y una dimensión importante de la calidad. Los equipos de enfermería son relevantes en esta satisfacción ya que ejecutan 70% de las acciones de salud y porque el trato otorgado es tan valorado como sus competencias técnicas. Existen iniciativas como la Encuesta y Sello de Buen-Trato; sin embargo, persisten insatisfacciones relacionadas a “mala atención de los funcionarios”, con inapropiada identificación y seguimiento de los comportamientos cálidos relacionados. Existe una escala y constructo de calidez validado en Chile (ECAE-2017), construida según estándares internacionales (Alpha de Cronbach 0,93). Tiene 35 comportamientos, verbales y no-verbales, con 5 factores: Conexión-relación no verbal, Empatía, Conexión-relación verbal, Inclusión y Confianza. Medir este constructo permite definir conductas relacionales efectivas, formular indicadores, recomendaciones de acciones potenciadoras y sistematizar los procesos de cuidado humanizado; así también, aportar a la clínica, enseñanza e investigación.

Palabras clave: Educación en Enfermería, Relaciones Enfermero-Paciente, Enfermeros, Enfermeras, Rol de la Enfermera, Confianza, Empatía, Atención de Enfermería, Relaciones Interpersonales, Conducta.

ABSTRACT

The Health System has emphasized user satisfaction as a principle of health policy and an important dimension of quality. The nursing teams are relevant in this satisfaction, since they execute 70% of the health actions, and because the treatment granted is as valuable as their technical skills. There are initiatives such as “Encuesta y Sello de Buen-Trato”, however, there are still dissatisfactions related to “bad attention from the team”, with inappropriate identification and monitoring of related warm behaviors. There is a scale and construct of warmth validated in Chile (ECAE-2017), developed according to international standards (Cronbach's Alpha 0.93). It has 35 verbal and non-verbal behaviors, and it includes 5 factors: Connection-Non-verbal relationship, Empathy, Connection-Verbal relationship, Inclusion and Trust. Measuring this construct allows defining effective relational behaviors, formulating indicators and recommendations for strengthening actions, and systematizing humanized care processes. It also allows contributing to clinic, teaching and research.

Key words: Education, Nursing, Nurse-Patient Relations, Nurses' Role, Trust, Empathy, Nursing Care, Interpersonal Relations, Behavior.

INTRODUCCIÓN

El desafío actual que tienen los gestores en salud y las instituciones privadas y públicas es fortalecer los sistemas con una mirada centrada en las personas, asegurando dignidad y buen trato a usuarios y acompañantes, permitiendo de esta manera beneficios para ellos y para el propio personal de salud. Cabe mencionar que en los modelos actuales los sujetos de cuidado se presentan ante los cuidadores con una percepción de vulnerabilidad que es fruto de las asimetrías

a las que se enfrenta en su ingreso¹, desafiando códigos de comunicación y entorno que le resultan desfavorables; asimismo, el personal de salud incrementa esta asimetría al usar vocabulario inentendible, gesticulaciones y comportamientos verbales y no verbales que la persona y acompañantes no pueden interpretar correctamente y en muchos casos, interfieren en el vínculo cuidador-usuario, desvirtuando la percepción y experiencia con el proceso de cuidado, impactando en la satisfacción. Existen gestos universalmente considerados cálidos, entre los cuales destaca la sonrisa por impactar positivamente en las situaciones sociales, pues los circuitos neuronales relacionados con las emociones y la felicidad se activan al sonreír. Sonriendo las personas no solo aparecen más corteses, sino que son percibidas como más competentes². La importancia de la sonrisa, como una manera de contagiar emociones, así como la demostración de emociones positivas, correlaciona positivamente con la calidad del servicio³. En este sentido, la sonrisa y el contacto visual serían las expresiones faciales preferidas por los usuarios⁴. La forma de tocar a la persona es otra forma de comunicación importante al realizar procedimientos que requieren contacto de piel, una constante en los procedimientos de cuidado. Existen dos formas de tocar al usuario: la palpación, que permite obtener información sobre el estado de salud, y el toque instrumental, que requiere conocimientos específicos. El toque más invasivo debe ser consentido. Este contacto requiere tener conocimientos sobre la percepción del toque, el esquema corporal sensitivo, reglas sociales, culturales y el estado cognoscitivo de la persona, elementos esenciales en la valoración que realiza el cuidador⁵; sin embargo, se debe tener precauciones al momento de protocolizar estos gestos, ya que el exigir al trabajador sin tener en cuenta la gestión

auténtica de las emociones, afecta la percepción de la calidad, reflejándose en los resultados de la satisfacción. La satisfacción percibida es un indicador de resultado de un servicio en sí⁶, también es un factor que puede influir en la propia recuperación del usuario y con ello, en la eficiencia del sistema de salud. Se sabe que estados de preocupación, angustia e incertidumbre, así como el trato que brinda el personal de salud, (amabilidad, el ser comprensivos y la conversación mutua), pueden incidir significativamente en la percepción de bienestar de la persona⁷.

Hay que destacar que los equipos de enfermería son relevantes en la satisfacción del usuario pues, según declaraciones del Colegio de Enfermeras, representa un 70% de las acciones en una institución de salud⁸. El usuario y sus acompañantes valoran tanto o más el trato y atención que las competencias técnicas, por lo tanto, enfocarse en los componentes relacionales contribuye al indicador de satisfacción y eventualmente, en los resultados de salud.

Existen iniciativas como la Encuesta Nacional de Buen Trato que se aplica en Chile desde el 2012, con el fin de conocer el nivel de satisfacción respecto a la atención del personal en los establecimientos de salud⁹. Se suma a esto el Sello de Buen Trato, que otorga una asignación anual a aquellos funcionarios bien evaluados (LEY-20646); sin embargo, a pesar de estos esfuerzos, persisten razones para determinar sensación de desprotección por parte de los usuarios, especialmente en la dimensión “mala atención por parte de los funcionarios”.

En nuestro país la Superintendencia de Salud exploró el nivel de satisfacción del usuario de instituciones privadas y públicas de todo el país. Los resultados muestran que la satisfacción se asocia con: “el respeto y la amabilidad, el trato perso-

nalizado, la empatía, la dedicación de tiempo, el escuchar, cumplir las promesas, la eficiencia y el trato amable”. Para el usuario, los atributos más relevantes asociados a la satisfacción fueron: la calidez del personal, el apoyo, la información sin matices técnicos y la rapidez en la atención. Este trabajo concluye que el usuario valora la calidez, la preocupación, la información, la confianza y la seguridad como dimensiones relevantes al establecer su nivel de satisfacción¹⁰.

Estas observaciones pueden ser aún muy generales de forma que no se consigue anclarlas a conductas específicas susceptibles de corregir y potenciar, lo que genera un problema evidente, impactando en las habilidades y conductas relacionales (buen trato, calidez) en la satisfacción del cliente y en una falta de identificación y seguimiento de aquellos comportamientos específicos que inciden en estos resultados. En este escenario, las mediciones de satisfacción actuales pueden ser complementadas con la incorporación de otras dimensiones relacionales, entre ellas, la calidez que brinda el personal, permitiendo de esta manera estrechar el vínculo usuario y prestador de cuidado como también, para visibilizar en su contexto, el trabajo interrelacional que se debe fortalecer en las atenciones de salud. Es conocido que desde la mirada de los usuarios estas habilidades relacionales y la calidez del cuidador tienen un efecto de mayor impacto que aquellas competencias técnicas, que, si bien son necesarias, inherentes e ineludibles, también son percibidas como el punto de partida para una atención basada en la confianza¹¹.

Para los usuarios las habilidades relacionales tienen representación directa en la percepción de satisfacción¹². Al respecto, la calidez se experimenta como un estado mental característico, a veces acompañada por cambios corporales, expresiones o acciones, enmarcados en normas

culturales, códigos que afectan la expresión y recepción de estas emociones¹³. La calidez del personal es un nuevo concepto valioso y atingente a esta problemática y que ha sido sistematizado en una Escala validada en Chile el año 2017¹⁴. Esta formulación es el resultado de un riguroso diseño de construcción de escalas, que incorpora el aporte de experiencias de usuarios, profesionales y expertos; tiene confiabilidad de excelencia (Alpha de Cronbach 0,93). Este constructo identifica dimensiones del trato y de la conducta que no se refieren a características propias del prestador, sino que de su interacción con el usuario. El constructo calidez se formula como la “Capacidad de establecer y mantener una relación cercana, de acogida, que demuestre por medio de comportamientos verbales y no verbales, la conexión y relación con el otro, la empatía, inclusión y confianza, de manera que para el otro signifique una experiencia agradable”^(14,15). La Escala de Comportamientos de Calidez en Enfermería (ECAE), a la fecha es la única que mide esta dimensión, presentando un total de 35 comportamientos de calidez, verbales y no verbales. Se divide en 5 factores: Conexión-relación no verbal con el otro, Empatía, Conexión-relación verbal con el otro, Inclusión y Confianza, que se relacionan con la acogida que siente el usuario al ser recibido por el equipo de salud.

En enfermería, medir estos comportamientos de calidez puede ser un predictor de satisfacción, pues para los usuarios son un componente vital de las competencias de los enfermeros; asimismo, la enseñanza de estas habilidades en instituciones de formación superior puede convertirse en un atributo diferenciador entre estudiantes y egresados de distintas casas de estudio, porque permite mejorar el desempeño laboral y con ello el proyecto académico de la carrera se vuelve más atractivo^{16,17}. Otro aspecto destacable sobre ca-

lidez es la relación que tiene con la competencia profesional. Ambas son dimensiones fundamentales de la percepción social y tienen una asociación compensatoria entre sí¹⁸. La calidez y la competencia son generadoras de emociones intergrupales y, por lo tanto, son relevantes al momento de establecer percepciones. Así, una persona cálida tiende a ser percibida como competente. Ambas dimensiones son fundamentales en el juicio social y muestran que, en los modelos generales de formación de impresiones, la apreciación negativa o positiva en una de ellas (calidez o competencia), tiene consecuencias en la forma en que una persona juzga al otro¹⁹.

CONCLUSIONES

El beneficiario final de este proceso de cuidado cálido es el usuario, su familia y acompañantes, que se encuentran en un estado de vulnerabilidad y asimetría en la relación con el equipo de salud cuando son ingresados en algún sistema hospitalario. Por esto es importante que perciba en este equipo comportamientos cálidos, que sean inherentes al cuidado. La ausencia de estos comportamientos tiene un impacto negativo en la percepción de su bienestar. A su vez, la interrelación provoca beneficios a los prestadores de salud, quienes se ven enriquecidos con un relacionamiento cálido con los usuarios, dado que este tipo de comportamientos provoca sensación de bienestar de manera bidireccional. A modo de recomendación sobre los comportamientos percibidos por los usuarios, 24 ítems recibieron medias por debajo de 2.0 de un máximo de 4 puntos. Los comportamientos menos cálidos (menor o igual a 1,0), se relacionan con la super categoría verbal; entre ellos, usar un tono burlesco, hacerse el “leso” y censurar son los menos cálidos. Los ítems con el mayor promedio fueron los ítems 28 (Da orientaciones necesarias

sobre eventos o rutinas importantes), ítem 27 (Explica cuál es el rol del enfermero/a que estará a cargo del cuidado y cómo lo ayudará), ítem 9 (Se presenta con el nombre y su cargo), ítem 34 (Se nota que domina su área de conocimientos)

e ítem 32 (Impresiona honesto/a en lo que dice), asociados a los factores de calidez que representan la importancia de estos comportamientos vinculados a la inclusión y confianza que se debe tener con el usuario en el entorno hospitalario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Torralba F. Antropología del cuidar. España. Fundación Mapfre. 1998. [Consulta 13 de abril de 2019] Páginas 1 Preview disponible en: <http://es.scribd.com/doc/46517819/Etica-del-cuidar-Francisco-Torralba>.
2. F. Valencia, J. Morales, J. E. Moya, M., Gaviria, E. & Cuadrado, I. (2007). Psicología social (3a. ed.). Madrid: Mc Graw-Hill. 918p. (ISBN 978-84-481-5608-4). Revista de Psicología [Internet]. 2007; XXV(2):339-342. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337829542008>
3. Douglas Pough SD. Service with a smile: emotional contagion in the service encounter. *Academic of Management Journal- In Press. ACAD MANAGE J* October 1. vol. 44 no. 5 1018-1027. 2001. [Consulta abril de 2019] [Página 3-6]. Disponible en Internet: <http://www.aom.pace.edu/amj/October2001/pugh.pdf>
4. Kim HS. Kim MS. Patients' preferences for nurses' nonverbal expressions of warmth during nursing rounds and administration of oral medication. *Kanho Hakhoe Chi*. Dec. 20(3):381-398. 1990 [Consulta el 10 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2290250>
5. Correia Araújo RM. Humanitude: Uma Ferramenta do Cuidar em Cuidados Continuados o Olhar do Educador Social. Trabalho de projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para obtenção do grau de Mestre em Cuidados Continuados [Internet]. Portugal: Instituto Politécnico de Bragança; 2014 [cited 2018 Nov 27]. Available from: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/11860/1/Rita%20Marlene%20Correia%20Ara%C3%BAjo.pdf>
6. Zaltman G. How Customers Think: Essential Insights into the Mind of the Markets. Boston: Harvard Business School Press; 2003.
7. Moreno Monsiváis MG, Interrial Guzmán MG. Percepción del paciente acerca de su bienestar durante la hospitalización. *Index Enferm* [Internet]. 2012 [consultado 3 Mar 2019]; 21(4):185-189. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000300002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000300002>.
8. Colegio de Enfermeras de Chile. Comunicado del 26 de noviembre del 2012. [Consultado 29 Nov 2014].
9. Ministerio de Salud. Orientaciones Técnicas Para la Estrategia de Buen Trato. Primera Versión junio 2017. Departamento de Comunicaciones y RRRP Gabinete de la Ministra. Ministerio de Salud [Internet]. 2017 [consultado 19 Mar 2019]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/06/Orientaciones-T%C3%A9cnicas-Buen-Trato-2.pdf>.
10. Pezoa M., Rojas C. Propuesta metodológica para medir calidad percibida y satisfacción en la atención de salud hospitalaria. Departamento de Estudios y Desarrollo. Superintendencia de Salud [Internet]. 2011 [consultado 10 Mar 2019] Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-7516_recurso_1.pdf
11. Wysong PR, Driver E. Patients' Perceptions of Nurses' Skill. *Crit Care Nurse* [Internet]. 2009 [consultado 19 Mar 2019]; 29(4):24-37. Disponible en: <http://ccn.aacnjournals.org/content/29/4/24.short>
12. Lagos Sánchez ZE, Mattos-Pimenta CA de, Urrutia MT. Competencias blandas y Calidez en Enfermería: Definiciones, Concepción y Características. *Horiz Enferm* [Internet]. 2013 [consultado 19 Mar 2019]; 24(1):32-41. Disponible en: http://horizonteenfermeria.uc.cl/images/pdf/24-1/31_competencias%20blandas%20y%20calidez%20en%20enfermera%20definiciones%20concepcin%20y%20caracteristicas_horizonte%2024-12013.pdf
13. Lorio AM, Rudy D. Perceptions of Parental Psychological Control, but Not Mild Guilt Induction, are Similarly Associated with Perceptions of Parental Warmth and Negativity Across Cultures. *McNair Journal* [Internet]. 2013 [consultado 12 Nov 2018]; 21(1):26-31. Disponible en: <http://mcnair.missouri.edu/Journal2013.pdf>
14. Lagos Sánchez ZE. Escala de Calidez en Enfermería (ECAE): Construcción y Validación. Tesis de Doctorado [Internet]. São Paulo: Escola de Enfermagem USP; 2017 [consultado 3 Mar 2019]. Disponible en: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-21092018-120904/publico/Tese_Zita.pdf DOI: 10.11606/T.7.2018.tde-21092018-120904
15. Lagos Sánchez ZE, Mattos-Pimenta CA de, Urrutia MT. La calidez en enfermería: formulación de constructo y variables relacionadas. *Investig Enferm Imagen Desarr* [Internet]. 2016 [consultado 1 Mar 2019]; 18(1):95-113. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.ie18-1.cfc>
16. Abdullah-Al-M. The soft skills education for the vocational graduate: Value as work readiness skills. *British Journal of Education, Society & Behavioural Science* 2012; 2 (4):326-338.
17. Andrews J. Higson H. Graduate Employability, 'Soft Skills' Versus 'Hard'. *Business Knowledge: A European Study. Higher Education in Europe*. 2008; 33(4):411-22. DOI: 10.1080/03797720802522627
18. Cuddy AJC, Fiske ST, Glick P. Warmth and competence as universal dimensions of social perception: The stereotype content model and the BIAS map. In: Zanna MP editor. San Diego, CA US: Elsevier Academic Press. 2008. p. 61-149.
19. Kervyn N., Judd CM, Yzerbyt VY. You want to appear competent? Be mean! You want to appear sociable? Be lazy! Group differentiation and the compensation effect. *J Exp Soc Psychol*; 2009; 45(2):363-367.

Cutimed® Sorbact®

SIMPLIFICA TU TRABAJO CON SOLUCIONES EFICACES

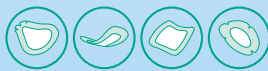
Solución DACC

PARA EL MANEJO DE LA CARGA MICROBIANA



Cutimed® Sorbact®

PROPORCIONA:

1. Elige Cutimed® Sorbact® para la **PREVENCIÓN** y el **MANEJO DE LA CARGA MICROBIANA** de las heridas¹
2. Ten la tranquilidad de aplicarlo en **HERIDAS AGUDAS Y/O CRÓNICAS** sin contraindicaciones conocidas
3. Fácil de **APLICAR** 
4. Para tratar **HERIDAS PROFUNDAS Y SUPERFICIALES** 

Referencia:

1. Stanirowski et al., "Randomized controlled trial evaluating dialkylcarbamoyl chloride impregnated dressings for the prevention of surgical site infections in adult women undergoing caesarean section", 2016

LATINOAMÉRICA Y ASIA UNIDAS EN LA GESTIÓN DEL CUIDADO DE PERSONAS CON HERIDAS: BECA AWCA/SELH

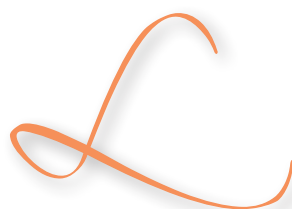
AUTORAS

Marcela Vergara B.¹ Viviana Barria G.²

1. Enfermera Matrona COANIQUEM Santiago Chile.

2. Enfermera DESAM Puerto Montt Chile.

Correspondencia a mvergara@inheridas.cl



La participación en el Programa de Intercambio de Enfermería para la Gestión del Cuidado de Heridas en Asia y Latinoamérica nos brindó la maravillosa oportunidad de conocer en primera persona un modelo de atención implementado hace 18 años en China, modelo basado en Centros de Curación de Heridas (WHC) y Unidades de Cuidado de Heridas (WCU). Durante 3 semanas tuvimos la oportunidad de conocer 6 hospitales en 3 ciudades de China, 10 unidades de atención de pacientes con heridas tanto ambulatorios como hospitalizados y muchos equipos de trabajo formados por enfermeras y médicos, especialistas en la gestión de cuidado de personas con heridas, así como también en el ámbito de la prevención y la educación.

Palabras Clave: Beca, enfermeras, curación de heridas.

ABSTRAC

Participating in the Nursing Exchange Program for the Management of Wound Care in Asia and Latin America gave us the remarkable opportunity to get a first-hand look on a model of care implemented 18 years ago in China, model made for use on wound healing centers (WHC) and wound care units (WCU). During 3 weeks we had the opportunity to meet 6 hospitals in 3 cities of China, 10 units of care of patients with both outpatient and hospitalized wounds, and many work teams formed by nurses and medical specialists in the care management of people

with wounds, as well as in the field of prevention and education.

Key words: Scholarships, nurses, wounds healing.

INTRODUCCIÓN

La Sociedad de Enfermeras Latinoamericanas en Heridas (SELH) junto a la Fundación Instituto Nacional de Heridas (FINH) y la Sociedad Asiática de Heridas (AWCA), implementaron un programa de becas de Intercambio de Enfermería para la Gestión del Cuidado de Heridas en Asia y Latinoamérica, el cual está dirigido a enfermeras de los países pertenecientes a la Sociedad, quienes pueden realizar una pasantía en centros de manejo de heridas. Así fue como en septiembre del año 2018, después de un largo proceso de selección, partimos rumbo a China. La Pasantía tuvo una duración de 3 semanas y se realizó en distintos centros asistenciales de 3 ciudades de China.

Para poder acceder a este programa de intercambio hubo un riguroso proceso de selección que comenzó con la invitación a todas las socias de SELH a participar. La postulación incluyó el Currículum Vitae, una carta con la motivación para postular a la Beca, certificación de puntaje mínimo como socia de SELH, el que se obtiene por realizar actividades propias de la Sociedad (difusión Día Nacional de las Heridas, asistencia a reuniones, participación en campañas solidarias, publicaciones en la Revista Latinoamericana de Enfermeras en Heridas y Ostomías, entre otras). Al final de este proceso se seleccionaron 6 socias de SELH que cumplían con los requisitos las que fueron evaluadas por un comité perteneciente a la Fundación Instituto Nacional de Heridas y Directorio de SELH Chile y Perú, obteniendo como resultado 2 becas para enfermeras de Chile y una para una enfermera de Perú.

China está situada en el este de Asia, tiene una superficie de 9.562.910 km² y 1.400 millones de habitantes, siendo uno de los países más grandes y más poblados del mundo³. En la Tabla 1 se muestra una comparación de aspectos sociodemográficos entre nuestro país y China^{1, 2}.

El desarrollo de la pasantía se basó en la observación del manejo y gestión de pacientes con heridas en distintos ámbitos: hospitalizados, ambulatorios, unidades de medicina tradicional china, pabellones quirúrgicos y en unidades de prevención y educación, lo que permitió conocer la experiencia acumulada en 18 años de un modelo basado en la implementación de WHC y WCU. Durante este proceso fue fundamental el acompañamiento, acogida e instrucción permanente del equipo de enfermeras y médicos.

TABLA 1

COMPARACIÓN DE DATOS ESTADÍSTICOS DE CHILE Y CHINA

VARIABLE	CHILE	CHINA
Life expectancy at birth Male –Female (2016)	76/82	75/78
Density of nurses per 1000 population	2.2	2.31
Density of doctors per 1000 population	2.1	2.54
Total Health expenditure per capita(\$int 2014)	1.749	731
National health expenditure as a % total public GDP(2014)	3.8	4.05
National health expenditure as a % of private GDP (2014)	3.9	2.0

Fuente: Datos del Observatorio Mundial de la Salud y Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014 Chile en comparación.

OBJETIVOS DE LA PASANTÍA

- Conocer el modelo de gestión en el manejo de heridas y úlceras en China.
- Identificar elementos de la práctica y experiencias que aporten al mejoramiento y desarrollo del tratamiento de heridas y úlceras tanto a nivel local como nacional.
- Conocer avances tecnológicos incorporados al tratamiento de heridas y cicatrices.

MODELO DE GESTIÓN EN EL CUIDADO DE HERIDAS

Durante la pasantía conocimos un modelo de atención basado en la implementación de centros de curación de heridas y unidades de cuidado de heridas.

Los WHCs están definidos como aquellos que emplean equipo multidisciplinario, bien capacitado, personal a tiempo completo y que son capaces de tratar a todos los pacientes con distintos tipos de heridas durante todo el curso de tratamiento. Los WCUs se definieron como aquellos que emplean personal a tiempo completo y son capaces de cuidar a los pacientes con todo tipo de problemas de heridas durante todo el curso del tratamiento y donde las heridas son atendidas por enfermeras registradas, quienes recibieron entrenamiento en cuidado de heridas y utilizan apósitos de cuidados avanzados como principal método de curación de la herida y quien puede realizar un pequeño desbridamiento³.

PERÍODO DEL INTERCAMBIO

En el período comprendido entre el 10 y el 28 de septiembre 2018 tuvimos la oportunidad de conocer una realidad que, aunque distinta a la nuestra especialmente en el aspecto cultural, tiene el denominador común que son pacientes que

al igual que los nuestros buscan ayuda para curar sus heridas. Recorrimos 19.629 km y llegamos a la Ciudad de Beijing, luego de una semana nos trasladamos a Shanghai y finalmente llegamos a la bella Ciudad de Hangzhou, donde tuvimos la oportunidad de participar y presentar nuestra experiencia en el “CTR: 11th National Wound Restoration and Tissue Regeneration Conference”, Hangzhou 2018. Durante este recorrido de 3 semanas conocimos distintos centros asistenciales, Tabla 2.

CONOCIENDO LA REALIDAD DE LAS CURACIONES EN CHINA

Durante la estadía y recorrido por los distintos hospitales de China, tuvimos la posibilidad de conocer el trabajo diario en las clínicas de heridas. Queremos compartir nuestras impresiones en relación al trabajo de estos equipos y el aporte que puede representar esta experiencia tanto en el ámbito nacional como Latinoamericano local para el manejo de heridas.

Trabajo en equipo: las clínicas de cuidados de heridas se basan en un modelo en el que cada integrante del equipo es importante y realiza su trabajo optimizando los recursos y dando solución a los problemas de los pacientes. Menor burocracia y mayor resolución de problemas en tiempos más cortos.

Especialización del equipo: tanto enfermeras como médicos que integran el equipo son especialistas en heridas, lo que genera un clima de confianza y fluidez en la toma de decisiones, lo cual incluye no solo el tratamiento curativo, sino también el preventivo; nos llamó profundamente la atención en Hangzhou el programa de prevención de “Pressure Ulcers”, el cual logró tener en el año 2017 una tasa de 0% de pacientes hospitalizados con úlceras por presión.

TABLA
2

HOSPITALES VISITADOS EN CHINA

HOSPITAL	Nº CAMAS	UNIDAD VISITADA
Peking University First Hospital	1.800	Out-Patient Clinic & Diabetic Foot Clinic/Club Education & training center & In-Patient surgery Community & rehabilitation center
Xinhua Hospital affiliated to Shanghai Jiao Tong University School of Medicine	2.000	Wound Care Center
Dahua Hospital, Xuhui District	350	Wound clinic
Longhua Hospital, Shanghai TCM University		Traditional Chinese Medicine for wound management
Shanghai Ninth People's Hospital, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine.	1.650	Scar management center Wound Healing Center Plastic Surgery
Second Affiliated Hospital, College of Medicine, Zhejiang University	3.200	Wound Healing Clinic

Alto rendimiento: según referencia entregada verbalmente, un médico puede llegar a atender 100 pacientes en una jornada de 8 horas. De acuerdo a la observación existe una atención permanente y rápida con escasos tiempos muertos. Guanghui y colaboradores señalan que la duración de la consulta en China es de aproximadamente 2 minutos⁴; tuvimos la oportunidad de vivir esta situación, sin embargo, aunque la consulta era rápida, el que los pacientes, en su gran mayoría fueran acompañados por sus familiares, hacía todo el proceso de anamnesis y motivo de consulta más rápido. Habitualmente se descubría la herida en la consulta y de ahí pasaba inmediatamente al box de enfermería para la curación.

Ausencia de personal técnico de enfermería: en la atención tanto ambulatoria como en hospitalizados no existe la figura del Técnico de Enfermería. En el caso de los pacientes hospitalizados, ellos se deben “hospitalizar” con un familiar, quien es parte activa del equipo y coopera con las enfermeras.

Programa multidisciplinario de prevención y diagnóstico de pie diabético: un equipo formado por médicos y enfermeras especialistas en Educación son parte del programa que incluye el diagnóstico precoz de la polineuroartropatía mediante la exploración de los pies de todos los pacientes diabéticos, la educación y el seguimiento mediante la incorporación de los pacientes a un Club.

Uso de caballete para curaciones de extremidades inferiores: para nosotras el uso de este dispositivo fue una novedad; este caballete permite el apoyo de la extremidad, facilitando la curación de personas en silla de ruedas o con dificultades para subirse a la camilla, optimizando el tiempo y el espacio, Fotografía 1.

Tecnología aplicada al diagnóstico y tratamiento de cicatrices: durante la pasantía con el Cirujano Plástico, Dr. Yi Xin Zhang, tuvimos la oportunidad de conocer métodos de diagnóstico y tratamiento de cicatrices. Desde el punto de vista de la evaluación y diagnóstico pudimos conocer

FOTOGRAFÍA
1

el uso de dispositivos que permiten de una manera más objetiva la evaluación de la evolución de las cicatrices y el efecto de los tratamientos utilizados, Fotografías 2, 3, 4.

En relación al tratamiento de las cicatrices, éste está enfocado en mejorar al máximo la estética y funcionalidad usando el láser de CO2 fraccionado, combinado con el uso de sistemas elásticos compresivos. Para ello se usa un anestésico local (Prilocaina + Dimecaína), que se coloca sobre la

zona a tratar alrededor de 45 minutos antes del procedimiento.

En la atención de pacientes con cicatrices de distinto origen observamos cómo a través del uso de la tecnología lograban minimizar al máximo el aspecto de ellas; además asistimos a cirugías reconstructivas y estéticas ambulatorias.

Manejo local de las heridas: observamos que existen diferencias significativas en cuanto al manejo local de la curación de heridas; según lo observado durante la pasantía en todas las heridas utilizaban apósitos en base a plata iónica como primario, siendo el más utilizado el tull con plata, tanto en las heridas infectadas como para profilaxis de todo tipo de lesiones. Esto ocu-

FOTOGRAFÍA
2

DISPOSITIVO QUE MIDE EL
ERITEMA Y LA PIGMENTACIÓN DE
LA PIEL

FOTOGRAFÍA
3

DISPOSITIVO PARA LA MEDICIÓN
DE LA INDURACIÓN DEL TEJIDO
CICATRICAL

FOTOGRAFÍA
4

UTILIZACIÓN DE LASER EN
CICATRICES



ría principalmente en las ciudades de Beijing y Hangzhou, en cambio en Shanghai había más utilización de medicina china, que consiste en preparados hechos en base a plantas y elementos propios de su cultura que no fueron revelados; no quedó muy claro si utilizaban protocolos en el proceso de curación ya que toda la información la mantienen bastante oculta; tampoco se pudo acceder a datos estadísticos en cuanto a los resultados de su técnica de curaciones. En cuanto al uso de Escalas de Valoración, en Beijing tenían una escala que valoraba el diámetro de la úlcera, tipo de tejido presente, lecho de la úlcera, piel circundante, entre otros elementos, pero no la utilizaban habitualmente, Figura 1.

FIGURA
1

ESCALA DE VALORACIÓN, BEIJING

北京大学第一医院创面治疗记录表

姓名	性别	年龄 岁	病历号	创面类型	部位		
评估内容	日期	日期	日期	日期	日期	日期	日期
长×宽 面积 cm ²							
深度 cm							
边缘情况							
爬行	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙
坏死组织类型							
坏死组织数量							
创面基底							
渗出类型							
渗出量							
伤口周围皮肤颜色							
周围组织水肿							
周围组织硬化							
肉芽组织							
上皮化							
感染征象							
气味							
皮温							
皮肤血氧							
PH 值							
疼痛评分							
麻醉							
细菌培养							
病理							
照相							
PUSH							
BWAT							
DESIGN							
处理方法							
敷料							
处理时间							
签字							

CONCLUSIÓN

Todas las vivencias recogidas durante nuestra Beca en Asia, son un valioso aporte a nuestra vida laboral y personal. Pudimos conocer un modelo de gestión de heridas diseñado con base en el trabajo multidisciplinario y con énfasis en la prevención. Nos traemos desafíos importantes, principalmente el relacionado con la existencia en China de una especialidad en Manejo Avanzado de Heridas para enfermeras, especialidad validada y reconocida que le permite a la enfermera ser parte fundamental en la toma de decisiones con respecto al tratamiento que debe recibir un usuario portador de heridas o úlceras, iniciativa que quisiéramos se pudiera replicar en nuestro país. Esta iniciativa ya se está trabajando entre el Instituto Nacional de Heridas y la Universidad Mayor con el fin de poder implementarla a partir del año 2021.

AGRADECIMIENTOS

A la Sociedad Asiática de Heridas, AWCA, por su contribución invaluable en la organización y financiamiento de la pasantía.

A la Sociedad de Enfermeras Latinoamericanas en Heridas por la gestión realizada para obtener estas Becas.

A la Fundación Instituto Nacional de Heridas por estar presente con toda la consejería y ayuda en forma permanente, desde el inicio de la postulación, durante la estadía en China, hasta la llegada a Chile.

Al Sr. Patrick Wong, por su gestión y compromiso con este proyecto.

Al Dr. Xie por su preocupación constante y acompañamiento.

Al Dr. Wen Bing por su orientación en el real objetivo de la pasantía.

Al Dr. Hang y su grupo de médicos: Dra. Ly, Dr. Jhon Kee, Dr. Zhu Zhikang, Dr. Yin, por su maravillosa hospitalidad.

A cada una de las enfermeras que nos recibieron en sus lugares de trabajo, por su paciencia, disposición y compromiso con la docencia, especialmente a Ly, Fu, Caiyun Xu.

A Isabel Aburto por su incondicional apoyo y confianza.

Al Dr. Rolando Saavedra, Director de COANIQUEM, Sra. Liliana Cortés, Enfermera Jefe de COANIQUEM, Sr. José Miguel Aravena, Enfermero, Director del Departamento de Salud Municipal de Puerto Montt, por darnos las mayores facilidades para poder realizar la pasantía.

A nuestras familias por darnos apoyo incondicional.

HOSPITALES VISITADOS





BIBLIOGRAFÍA

1. <https://www.who.int/gho/es/>.
2. <https://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-CHILE-2014-in-Spanish.pdf>
3. Yufeng Jiang, Lei Xia, Lijing Jia, and Xiaobing. Survey of Wound-Healing Centers and Wound Care Units in China. The International Journal of Lower Extremity Wounds. 2015. 1–6. DOI: 10.1177/1534734614568667
4. Jin G, Zhao Y, Chen C, Wang W, Du Juan, Lu X. The Length and Content of General Practice Consultation in Two Urban Districts of Beijing: A Preliminary Observation Study. PLoS One. 2015 Aug 10;10(8):e0135121

COMERCCIA

Lo mejor en Salud, al mejor precio.

www.comerccia.cl

esteban.espinoza@comerccia.cl

+56-9-62371031



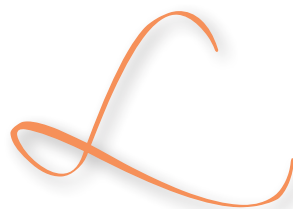
LA CURACIÓN COMO HERRAMIENTA PARA EVITAR LA PROFUNDIZACIÓN DE LAS QUEMADURAS TIPO AB

AUTOR

Carlos Segovia D.

Enfermero Unidad de Grandes Quemados.
Hospital Clínico Mutual de Seguridad.

Correspondencia a eucarlossegovia@gmail.com



Las quemaduras son lesiones que deterioran la integridad cutánea, causada por distintos agentes, que, en función del tiempo de exposición al agente causal, transmiten el calor a los tejidos superficiales y/o profundos. La gravedad de la lesión la determina, tanto la extensión de esta, como la profundidad de los tejidos afectados, los que marcarán las diferencias de Tipo, tratamiento y de riesgo vital. Debemos reconocer que las quemaduras son lesiones dinámicas, la profundización completa de estas estarán condicionadas al tratamiento de las primeras horas que realicemos a nivel general con el paciente quemado y a nivel local sobre las lesiones.

Palabras Clave: Quemaduras, cuidados de enfermería, curación de heridas.

ABSTRACT

Burns are injuries that deteriorate the skin integrity, caused by different agents, which, depending on the time of exposure to the causative agent, transmit heat to the superficial and / or deep tissues. The severity of the injury is determined, both the extension of this, and the depth of the affected tissues, which will mark the differences in degree, treatment and life risk. We must recognize that the burns are dynamic lesions, the complete deepening of these will be conditioned to the treatment of the first hours that we perform at a general level with the burned patient and at a local level about the injuries.

Keywords: burns, nursing care, wound healing

INTRODUCCIÓN

Las quemaduras son lesiones producidas en los tejidos vivos, debido a la acción de diversos agentes físicos (llamas, líquidos u objetos calientes, radiación, corriente eléctrica, frío), químicos (cáusticos) y biológicos, que provocan alteraciones que van desde un simple eritema transitorio hasta la destrucción total de las estructuras ¹.

Debemos reconocer que las quemaduras son el mayor desastre fisiopatológico y el mayor desafío quirúrgico, por lo que desde ese punto de vista el paciente quemado extenso y/o profundo puede llegar a ser muy complejo requiriendo de un manejo multidisciplinario.

Actualmente en lo que corresponde al tratamiento del paciente quemado se ha alcanzado muchos cambios significativos en los últimos años, reconocido y medido a través de la estancia hospitalaria, la cual ha disminuido de 1 día por porcentaje de quemaduras a medio día por porcentaje, sin dejar de lado la disminución de la mortalidad de estos pacientes y el aumento de la sobrevivencia en pacientes adultos mayores y niños². Todo lo anterior se ha podido lograr gracias a los conocimientos de la fisiopatología de las quemaduras, al manejo con la escisión precoz como uno de los tratamientos más eficaces, al manejo con curas avanzadas con la aparición de modernos apósitos para cubrir las lesiones, la nutrición temprana, implementación de bancos de piel y los grandes avances en la medicina crítica.

Las quemaduras son uno de los traumas más severos al cual puede verse expuesto un individuo, este tipo de trauma tiene efectos locales y sistémicos, los que se relacionan principalmente con la extensión, localización y profundidad de la lesión.

Cuando se produce una quemadura, el calor aplicado a nivel celular produce desnaturaliza-

ción de las proteínas y pérdida de la integridad de la membrana plasmática. La temperatura y la duración del contacto tienen un efecto sinérgico tal que la necrosis celular tiene lugar tras un segundo de exposición a 69 °C o tras una hora a 45 °C ³. La necrosis se produce en el centro de la lesión y pierde severidad conforme se aleja. Así, la descripción de Jackson en 1953 de tres áreas concéntricas sigue vigente hoy en día⁴. Se puede distinguir, por tanto: La primera, la zona central o de coagulación donde no hay células viables, alrededor de esta misma la segunda, la zona de estasis, caracterizada por una mezcla de células viables y no viables, alteraciones en la microcirculación con fenómenos de agregación plaquetaria, depósitos de fibrina, micro trombos, etc. que nos puede llevar a la isquemia. Esta segunda área representa, por tanto, la zona de riesgo o dinámica que puede evolucionar hacia la necrosis si se produce hipoperfusión del tejido, desecación, edema o infección, sin embargo, esta zona de estasis con un adecuado manejo local y general puede evolucionar en forma satisfactoria, logrando evitar la profundización de la lesión. La tercera y última zona, la más periférica es la zona de hiperemia, esta se caracteriza por presentar un daño celular mínimo, con células viables y fenómenos de vasodilatación debidos a la acción de los mediadores locales de la inflamación, Fotografía 1. Los tejidos de esta zona suelen recuperarse completamente, a menos que existan complicaciones como hipoperfusión severa o infecciones⁵.

Tras este repaso de la fisiopatología local, debemos preguntarnos cuáles son las medidas que podemos realizar para evitar que aquellas quemaduras tipo AB o de profundidad intermedia descritas como zona de estasis se logren mantener como intermedias y no se profundicen, teniendo en claro que el potencial reparativo es-

FOTOGRAFÍA
1

ZONAS DE JACKSON DE UNA QUEMADURA (Cortesía del Dr. Heinz Rode)

**ZONE OF HYPERAEMIA**

Visible tissue

ZONE OF STASIS

Decreased tissue perfusion

Obliteration of microcirculation, release of mediators - TXA, anti-O₂ ischaemic reperfusion injury, increase in local vascular permeability**CENTRAL ZONE OF NECROSIS**

Coagulative necrosis

ponetaneo estará dado por las células epiteliales viables y la eficacia de la perfusión del tejido.

Podemos reconocer varias medidas que podemos realizar para evitar la profundización de las quemaduras AB, prevención de la infección⁶, realizar posicionamientos anti-edema y técnica correcta de curación⁷, sin embargo en el caso de pacientes grandes quemados, es decir, lactantes con quemaduras A, AB y B superiores al 8% de superficie corporal quemada, superiores al 10% en los mayores de 2 años y superiores al 15% en adultos se suman a los anteriores una adecuada reanimación volumétrica⁵, prevención de la hipotermia⁸ y evitar la utilización de inotrópicos. Debemos reconocer que un error en la cobertura y técnica de curación en las quemaduras nos puede llevar a una profundización de las lesiones. Los objetivos del cuidado local de la quemadura implican mantenimiento de la perfusión tisular, preservación de los tejidos viables, mantener limpia la lesión, gestionar una humedad fisiológica, prevenir la infección, proteger contra traumas, promover la cicatrización, además que

mantenga la movilidad y el funcionamiento de la porción afectada.

LIMPIEZA Y DESCONTAMINACIÓN

La limpieza de la herida constituye un paso esencial para el tratamiento de la quemadura. El desbridamiento de las flictenas nos permitirá visualizar y valorar el lecho de la herida, en algunos casos, la flictena puede ocultar una quemadura dérmica profunda, la lesión se puede contaminar a partir de la propia flora bacteriana presente en los anexos cutáneos, por otra parte, el líquido que está en la flictena puede ejercer presión en el lecho de la quemadura, lo que puede ayudar a seguir profundizando las lesiones⁷. El lavado suave es uno de los componentes más importante de la higiene de la quemadura⁶. Por lo tanto, un factor importante en el lavado es su método de aplicación. En lo que corresponde a la solución para el lavado de las lesiones aún no está claro que lavar con antisépticos o antimicrobianos sea beneficioso⁷, inclusive hay estudios que no demuestran grandes diferencias entre el agua potable y solución salina^(7,9,10). El ideal del lavado

es la irrigación que puede aplicarse de diversas maneras, que se puede elegir en función de los recursos disponibles. Asimismo, puede utilizarse cualquier solución mientras sea estéril o al menos descontaminada⁷. Por lo tanto, lo que debemos tener claro cuando estamos en frente de una quemadura con colonización baja que el lavado debe realizarse con la máxima suavidad para ello el arrastre mecánico usando la técnica de duchoterapia permitirá una presión segura para no dañar las capas inferiores de la epidermis que serán las responsables de la regeneración y la cicatrización, así mismo el uso de soluciones tibias, evitara la vasoconstricción del lecho de la quemadura lo que puede llevar a profundizar la lesión.

En el caso de las quemaduras muy contaminadas o infectadas, la limpieza de la herida debe ser rigurosa y tan frecuente como sea posible para eliminar las biopelículas⁷. La irrigación efectiva para lograr este objetivo sin destruir el tejido viable se logran con presiones entre 8 y 13 PSI (1-4 Kg/cm²), ya sea a través de la duchoterapia o jeringa con aguja N° 21 o 22 G¹¹.

Tener en cuenta que “limpiar con antimicrobianos/antisépticos es de gran valor después de una limpieza mecánica o quirúrgica ya que impide el posible paso de las bacterias “denudadas” a los espacios recién abiertos y/o al torrente sanguíneo. Por lo tanto, debe ser el procedimiento preferido en estas situaciones⁷. Considere la aplicación de soluciones limpiadoras como la polihexanida con betaina.

USO DE APÓSITOS ATRAUMÁTICOS Y AMBIENTE HÚMEDO

En las quemaduras AB, se debe utilizar apósitos atraumáticos y de baja adherencia. Los apósitos

antiadherentes se deben usar como apósito primario, las membranas semipermeables y membranas micro porosas brindan una protección mecánica a la lesión, permiten eliminar la porción acuosa del exudado, reteniendo los factores de crecimiento y otros mediadores contenidos en éste, creando así un ambiente que favorece la epitelización¹, estas pueden ser de nylon, polietileno o láminas de contacto de silicona. El apósito secundario debe tener una característica absorbente ya que aumenta la permeabilidad capilar en las primeras 48-72 horas después de una lesión por quemadura lo que significa aumento del exudado. Los criterios de selección del apósito son: profundidad de la quemadura, cantidad de exudado, localización, extensión, causa de la quemadura, impacto funcional en la movilidad, costo, comodidad y dolor del paciente. Luego se puede aplicar un vendaje, el que debe ser de distal a proximal¹².

Las cremas tópicas, como la sulfadiazina de plata, deben ser evitadas, estas maceran las lesiones, por lo que profundizan, crean una pseudoesquara, requieren curas cada 12 hrs, puede cambiar el color del tejido de la herida, lo que dificulta la evaluación subjetiva de la profundidad, además ha sido clasificado como dispensable, por lo que se puede prescindir de ella. Mupirocina, Sulfadiazina de plata, Neomicina, bacitracina, Gentamicina han perdido su significancia como antisépticos en heridas y no deberían utilizarse¹³. Los apósitos de plata pueden utilizarse en quemaduras que presenten una infección localizada, diseminada o sistémica¹⁴.

Considere el apósito película de poliuretano, existen análisis del exudado recogido bajo este tipo de cobertura resultando en un modesto aumento en la proliferación de queratinocitos¹⁵.

Un punto importante es mantener un balance de la humedad, un microambiente fisiológico de la lesión; Recordar que el déficit de humedad Inhibe actividad celular, migración de células epidérmicas y limita su regeneración, además se produce formación de tejido necrótico (Formación de escara). Al contrario, si ofrecemos exceso de humedad esta genera daño en piel circundante (maceración), además promueve la formación de biopelículas. El no gestionar la humedad fisiológica, esta se convertirá en un factor que puede profundizar una quemadura superficial o intermedia¹⁶.

En caso de presentar distintas profundidades en una misma lesión, debe guiar la cobertura por el lecho más viable. La retirada o cambio de apósito debe ser atraumático, ya que si no se realiza de esa forma arrancará las células en formación.

MANEJO Y PREVENCIÓN DEL EDEMA

El edema aumenta la distancia entre el capilar y las células, lo que conlleva a una disminución de la tensión de oxígeno tisular y a una profundización de la lesión. El manejo postural es el pilar básico en la estrategia terapéutica antiedema.

Ejemplo quemadura en extremidad inferior, el paciente debe mantener reposo con extremidad elevada sobre el nivel del corazón, en extremidad superior considere la utilización de cabestrillo, utilizar posición en “sargento” (elevación de extremidades), utilización de almohadas etc.

CONCLUSIÓN

El tratamiento de las quemaduras debe ser integral, coherente con la evolución de la lesión y prolongado en el tiempo. Podemos reconocer que existen muchas medidas para evitar que las lesiones por quemaduras se profundicen: El lavado suave de la lesión, uso de soluciones tibias, medidas anti-edema, ejemplo utilización de cabestrillo en quemaduras de extremidad superior; cobertura atraumática, Apósito antiadherente; gestionar humedad fisiológica, bajar carga bacteriana utilizando soluciones limpiadoras, tratar la infección usando apósitos de plata. Por lo tanto, debemos considerar todas estas medidas locales para mantener la perfusión del tejido viable. La implicación y empoderamiento del profesional de enfermería en el tratamiento y prevención de complicaciones, es fundamental para la buena evolución de las quemaduras¹⁷.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud. Guía Clínica. Manejo del paciente gran quemado. Santiago: Minsal, 2016.
2. Tenenhaus, Ramon L. Zapata Sirvent Mayer, Quemaduras Tratamiento crítico y quirúrgico. 2017, Caracas Venezuela.
3. Píriz-Campos RM, Martín-Espinosa NM, Cuidados de enfermería locales en las quemaduras. Rev ROL. 2014; 37(2): 17-20.
4. Jackson DM (1953) The diagnosis of the depth of burning. Br J surg 40(164): 588-96.
5. Reanimación del paciente gran quemado adulto Alberto Muñoz R. Rev. Chil. Anest. 2015; 44: 62-77.
6. Internacional best practice guidelines: Effective skin and wound management of non-complex burns wounds international, 2014.
7. Guía de Práctica Clínica de la ISBI para el Cuidado de las Quemaduras Comité de Guías de Práctica Clínica de la ISBI. 2016
8. Ziolkowski N, Rogers AD, Xiong W, Hong B, Patel S, Trull B, et al. The impact of operative time and hypothermia in acute burn surgery. Burns. 2017;43:1673-1681.
9. Fernandez R, Griffiths R. Water for Wound Cleansing. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 2. Art. N°.: CD003861.
10. Weiss EA, Oldham G, Lin M, Foster T, Quinn JV. Water is a safe and effective alternative to sterile normal saline for wound irrigation prior to suturing: a prospective, double-blind, randomised, controlled clinical trial. BMJ Open 2013;3:e001504.
11. Hospital Universitario “Reina Sofía”. Manual de Protocolos de procedimientos Generales de Enfermería. España; 2011.
12. Todd M (2011) Compression bandaging: types and skills used in practical application. Br J Nurs 20(11): 681-7.
13. Kramer, Joachim Dissemond, Simon Kim, Christian Willy, Dieter Mayer, Roald Papke, Felix Tuchmann, Ojan Assadian. Consensus on Wound Antisepsis: Update 2018.
14. Consenso Internacional. Uso adecuado de los apósitos de plata en las heridas. Consenso del grupo de trabajo de expertos. London: Wounds International, 2012.
15. Thomas S. Hydrocolloid dressings in the management of acute wounds: a review of the literature. Int Wound J. 2008;5(5):602-13.
16. Harries, R. L., Bosanquet, D. C. and Harding, K. G. (2016), Wound bed preparation: TIME for an update. Int Wound J, 13: 8-14. doi:10.1111/iwj.12662
17. Rodríguez Torres MC, Díaz Martínez JM. Herramientas para cuidadores de pacientes con heridas crónicas. Serie Documentos de posicionamiento. GNEAUPP n° 14. Logroño: GNEAUPP; 2016.

PROGRAMA EDUCATIVO Y GRUPOS DE SOPORTE EN PERSONAS OSTOMIZADAS: UNA EXPERIENCIA SIGNIFICATIVA

AUTORAS

Ximena Meneses C.¹, Basti Sanhueza I.², Gonzalo López A.³

1. Enfermera Unidad Coloproctología, Hospital Clínico Red Salud UC-Christus, Santiago, Chile

2. Enfermera Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile

3. Representante Técnico Laboratorio BBraun Medical SPA

Correspondencia a: xmeneses@med.puc.cl



El envejecimiento poblacional ha llevado a un aumento en las enfermedades crónicas y el cáncer. En Chile, el cáncer de colon es la segunda causa de muerte por cánceres digestivos¹. El tratamiento quirúrgico generalmente conlleva una ostomía.

La condición de ostomizado provoca en la persona un cambio en las distintas dimensiones personales, alterando su calidad de vida. Contar con el apoyo de profesionales especializados, programas educativos y apoyo en grupos de soporte, ayuda a las personas a superar esta situación de crisis, logrando su adaptación y reincorporación a su vida cotidiana.

Palabras clave: ostomizados, educación de enfermería, grupos de soporte

ABSTRACT

Population aging has led to an increase in chronic diseases and cancer. In Chile, colon cancer is the second cause of death from digestive cancers. Surgical treatment usually leads to an ostomy. Ostomy changes dramatically the lives of patients, therefore they need training in order to optimize ostomy care and support them to face this new condition. Having the support of specialized professionals, educational programs and in support groups, helps people to overcome this crisis situation, achieving their adaptation and incorporation into their daily lives.

Keywords: ostomy, nursing education, support group

INTRODUCCION

El cambio demográfico de la población ha llevado a su envejecimiento, aumentando así la prevalencia de enfermedades crónicas y cáncer. En Chile, en el 2010 el cáncer colorrectal alcanzó 5,9% del total de muertes por cáncer, siendo la segunda causa de mortalidad después del cáncer gástrico¹. El tratamiento quirúrgico generalmente conlleva a realizar una ostomía.

La ostomía es una técnica quirúrgica que permite la solución a patologías colorrectales; sin embargo, no está exenta de dificultades en las distintas dimensiones de la vida de las personas².

Debido al aumento del número de pacientes que viven con una ostomía digestiva y a sus prevalentes complicaciones³, la atención de enfermería especializada resulta fundamental, pero en nuestro país no existe la especialización de Estomaterapia, por lo que solo contamos con un pequeño número de enfermeras estomaterapeutas. El cuidado es realizado principalmente en Santiago, en la mayoría de los casos por enfermeras con algún tipo de capacitación en el tema.

Es importante que la educación para el autocuidado sea realizado por especialistas, - según lo estableció como derecho la International Ostomy Association el año 1993 -, en un proceso individual, gradual, con participación del paciente, demostrado y corregido, único modo en que el paciente se sentirá motivado, confiado comprometido y colaborador⁴.

Nuestro país no cuenta con un registro nacional de pacientes ostomizados. Las publicaciones con datos epidemiológicos son escasos, existen reportes de USA y Canadá de 120.000 nuevas ostomías anuales. En Chile se estiman unos 1.500 casos nuevos anuales de personas ostomizadas, con una prevalencia de 6.000-8.000 pacientes⁵.

Reportes estadísticos de algunos países de Latinoamérica, como Argentina, muestran que 2 de cada mil personas conviven con una ostomía⁶.

Con el fin de apoyar a los profesionales, pacientes y familias para entregar herramientas que les permitieran aceptar esta nueva condición y mejorar así su calidad de vida, el grupo capacitador, Fotografía 1, eligió una ciudad del país donde se estuviera iniciando un programa de atención a las personas ostomizadas, realizando la actividad educativa en el sur de Chile, en la ciudad de Temuco, Región de la Araucanía, en la que 38% de la población pertenece a la etnia mapuche.

Se ejecutó un programa educativo de 5 sesiones teórico-prácticas, con la participación de 20 pacientes adultos ostomizados, el que estuvo a cargo de una enfermera especialista, Fotografía 2. Las sesiones se realizaron en forma mensual entre Enero y Mayo de 2017 y tuvieron una du-

FOTOGRAFÍA
1



EQUIPO ORGANIZADOR Y ENCARGADO DE LA ACTIVIDAD EDUCATIVA

FOTOGRAFÍA
2



ENFERMERA ESPECIALISTA REALIZANDO CHARLA EDUCATIVA GRUPAL

ración de 2 horas cada una, en las que se trataron temas en relación al cuidado de la piel, manejo de la ostomía y alimentación, Fotografía 3.

Después de cada exposición los participantes pudieron integrar un grupo de soporte, en el cual compartieron sus experiencias en relación al tema tratado. Posterior a la finalización de este programa, se realizó un focus group para evaluar la satisfacción de los usuarios frente a esta metodología.

El promedio de edad de los participantes fue de 65 años (45- 85 años), 58% mujeres y 25% activos laboralmente. 90 % poseía un nivel educacional y socioeconómico bajo con un ingreso económico menor al sueldo mínimo de Chile.

En el relato de las personas se pudo observar que la participación en este programa es valorada de forma positiva; en él describen que lograron disminuir su angustia en relación a su condición, que se dan cuenta que no están solos y que su realidad es compartida con los otros participantes, lo cual les ayudó a aceptar su nueva condición. Destacan el aprendizaje en relación al cuidado y manejo de su ostomía, lo cual aumenta su seguridad frente a su cuidado personal.

Finalmente, valoran la importancia del grupo de soporte, que les permitió ampliar su red de apoyo y así disminuir su aislamiento social.



CONCLUSIONES

- La participación en el programa educativo y grupo de soporte es percibido de forma positiva por los usuarios ostomizados.
- Es importante contar con un profesional experto que guíe las sesiones y que ayude al paciente a enfrentar sus dificultades, como el compartir la experiencia vivida con otros en la misma condición.
- El programa entregó a las personas herramientas y apoyo para su manejo cotidiano, permitiéndoles salir de su aislamiento superando esta situación de crisis, dando así mayor satisfacción a los pacientes y familia.
- Para los profesionales que participaron fue una actividad incentivadora y motivante para continuar las asesorías en otros puntos del país.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud. Guía Clínica Cáncer Colorrectal en personal de 15 años y más. Santiago: Minsal, 2012.
2. Agarwal, S., & Ehrlich, A. (2010). Stoma dermatitis: Prevalent but often overlooked. *Dermatitis*, 21(3), 138–147.
3. Vural F, Sütsünbüloğlu E., Şelimen D. Literature Review: Profile of Publications for the Patients with Stoma in Turkey. *Turk J Colorectal Dis* 2016; 26:59-70. DOI: 10.4274/tjcd.2677¿76541| <http://www.infonegocios.cl/Nota.asp?nrc=22027&nprt=>
4. Hevia H. Impacto de la enfermera enterostomal en el autocuidado del paciente ostomizado. *Medwave* 2009 Abr, 9 (4):e 3852 doi: 10.5867/medwave.2009. 04. 3852 recuperado de <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/3852?ver=sindisenio>
5. Hevia H. Rol de la Enfermería en el Ostomizado. abril 2016.recuperado de http://www.nexpin.com.ar/descargas/SIPIEL_El_rol_de_enfermer%C3%ADa_en_ostomias_Lic_Hevia.pdf
6. Cruz-Castañeda O. Epidemiología de ostomías de eliminación en diferentes unidades de salud del Distrito Federal. *Revista CONAMED, Suplemento de Enfermería* 2009. Pag 15.Recuperado de: [Dialnet-EpidemiologiaDeOstomiasDeEliminacionEnDiferentesUn-3632410%20\(5\).pdf](http://dialnet-epidemiologiaDeOstomiasDeEliminacionEnDiferentesUn-3632410%20(5).pdf)



FUNDACIÓN
INSTITUTO NACIONAL
DE HERIDAS



1 SECCIÓN II: CAMPAÑAS SOLIDARIAS

10ª CAMPAÑA NACIONAL SOLIDARIA

TENGO UNA HERIDA: ¿QUÉ PUEDO HACER?



El miércoles 4 de septiembre de 2019 se realizó la Campaña Educativa “Día Nacional de las Heridas”, organizada por la Fundación Instituto Nacional de Heridas, apoyada por el Ministerio de Salud,

Sociedad de Enfermeras Latinoamericana de Heridas, Universidades Mayor, Diego Portales, Santo Tomas, Austral de Chile, Antofagasta y Concepción, además del gran apoyo en máquinas y cintas de glicemias capilares entregadas por empresa Johnson & Johnson.

La actividad fue realizada desde Arica hasta Puerto Williams y la Isla de Pascua, en 39 CESFAM a nivel nacional y en 16 estaciones de metros de Santiago.

Se educó a más de 25.000 personas a través de un tríptico educativo sobre conceptos y manejos generales sobre heridas de la piel. También se tomó glicemia capilar y presión arterial, apoyada por enfermeras y estudiantes de enfermería.

Del total de las personas controladas, 17 % presentaban Diabétes Mellitus y 25% Hipertensión Arterial; 69% de los controlados tenían glicemias alteradas y un 24 % presentaba presión arterial alta. Se pequizaron nuevas personas con patologías crónicas.





Gracias a todos
por participar
en esta hermosa
campaña



RUTA SOLIDARIA DE LAS HERIDAS EN HAÍTÍ 2017-2019

AUTORES

Isabel Aburto⁽¹⁾, Gonzalo Espinoza⁽²⁾

VOLUNTARIADO

*Sandra Jofré⁽³⁾; Rodrigo Julio⁽⁴⁾; Nicolás Lorenzini⁽⁵⁾;
José María Rojas⁽⁶⁾; Jeannette Barria⁽⁷⁾; Natalia Acevedo⁽⁸⁾;
Paulina Maffud⁽⁹⁾; Marcela Vergara⁽¹⁰⁾; Christine Kreindl⁽¹¹⁾;
Daniela Espinoza⁽¹²⁾; Esteban Espinoza⁽¹³⁾*

(1) Enfermera, Directora Fundación Instituto Nacional de Heridas (FINH), Chile.

(2) Ingeniero Civil Industrial, Gerente de Finanzas FINH, Chile.

(3) Enfermera, Gestora Clínica CESFAM de Niebla-Valdivia, Chile.

(4) Médico Cirujano Vascular, Directiva de la Sociedad de Cirujanos de Chile

(5) Médico Cirujano General, CESFAM María Lattife, Rancagua, Chile.

(6) Médico General, Hospital San Juan de Dios, San José de Costa Rica.

(7) Enfermera, Gestora Clínica, CESFAM Jorge Sabat, Valdivia Chile.

(8) Enfermera, CESFAM San Juan Coquimbo Chile.

(9) Enfermera, Especialista en Manejo de Heridas para Latinoamérica.

(10) Enfermera-Matrona, Coordinadora COANIQUEM Chile.

(11) Nutricionista Magister en Nutrición Humana, Universidad Autónoma de Chile.

(12) Alumna de Enfermería, Universidad Mayor Chile.

(13) Alumno de Economía, Pontificia Universidad Católica Chile



En el año 2017, el Directorio de la Fundación Instituto Nacional de Heridas (FINH), decide ampliar la Ruta Solidaria de las Heridas a Haití, para lo cual se eligen 13 voluntarios: médicos, enfermeras, nutricionista, ingenieros y alumna de enfermería. Primero se realizó un diagnóstico de la situación para conocer la factibilidad del proyecto, cuya principal finalidad fue la capacitación de los equipos de salud haitianos a través de sus propios pacientes, con Pilotos de Seguimiento durante 6 meses. Los resultados fueron sorprendentes, ya que se logró salvar de la muerte y de amputaciones a varios pacientes. Los únicos que no presentaron mejoría fueron aquellos con úlcera venosa (UV) que presentaban anemia falciforme.

Trabajar en esta Ruta tuvo complejidades importantes, tales como la dificultad de comunicarse en otro idioma, las temperaturas elevadas, las características culturales e individuales de los pacientes y sobre todo, los constantes disturbios de carácter sociopolíticos con importantes niveles de violencia que impedían que los pacientes acudieran a los centros de salud por varias semanas consecutivas, sin recibir curaciones avanzadas.

En la Campaña Solidaria participaron FINH, la Sociedad de Cirujanos de Haití, Sociedad de Cirujanos de Chile, Sociedad de Enfermeras Latinoamericanas en Heridas y Universidad Mayor. El mayor aporte en insumos clínicos lo realizó la empresa Hartmann y el resto de insumos fueron aportados por las empresas BBraun, Medcorp, Madegom, Essity, Blunding, FINH y socias/os SELH.

Palabras claves: Capacitación, úlcera, curación avanzada, ruta solidaria.

ABSTRACT

In 2017, the Board of Directors of the National Injury Institute Foundation (FINH) decided to expand the Solidarity Route of Wounds to Haiti, for that purpose 13 volunteers were chosen: doctors, nurses, nutritionist, engineers and nursing student. First, a diagnosis was made of the situation to know the feasibility of the project, whose main purpose was the training of Haitian health teams through their own patients, with Follow-up Pilots for 6 months. The results were surprising, as several patients were saved from death and amputations. The only ones that did not show improvement were those with venous ulcer (UV) that had sickle cell anemia. The work on this route had important complexities, such as the difficulty of communicating in another language, high temperatures, cultural and individual characteristics of patients and, above all, the constant socio-political disturbances with significant levels of violence that prevented patients they went to the health centers for several consecutive weeks, without receiving advanced healing.

FINH, the Society of Surgeons of Haiti, Society of Surgeons of Chile, Society of Latin Ame-

rican Nurses in Wounds and Universidad Mayor participated in the Solidarity Campaign. The largest contribution in clinical supplies was made by the Hartmann company and the rest of the supplies were provided by the companies BBraun, Medcorp, Madegom, Essity, Blunding, FINH and SELH members.

Key words: Training, ulcer, advanced healing, solidarity route.

INTRODUCCIÓN

La República de Haití bordea los 11 millones de habitantes ⁽¹⁾, con una esperanza de vida al nacer de solo 62,7 años ⁽²⁾, considerada por las Naciones Unidas uno de los 20 países del mundo en situación de crisis prolongada. Más de la mitad de la población sufre de subalimentación, más de 100 mil niños sufre de desnutrición aguda ⁽³⁾, ha logrado avances limitados en materia del acceso de la población a los servicios básicos, pero la cobertura sigue siendo la más baja de los países de la Región de las Américas. Solo 36% de la población tiene acceso a la electricidad, 57,5% tiene acceso al agua potable, mientras que un 28% tiene acceso al saneamiento básico ^(4, 5). Desde su independencia de Francia en 1804, se ha visto afectada por desastres naturales, dictaduras y golpes de estado que han golpeado al país. En el año 2010, a causa del terremoto fallecieron más de 300.000 personas y hubo pérdidas económicas de más de 8.000.000 de dólares ⁽⁴⁾, Fotografía 1. El año 2016 fue azotada por otro desastre natural, el Huracán Matthew, donde fallecen más de 1.000 personas, quedando muchos habitantes sin viviendas. Todo esto provoca inestabilidad económica del país, dificultando proyectos a largo plazo ⁽⁵⁾.

FOTOGRAFÍA
1

Desde el año 2010 FINH realiza la Ruta Solidaria de las Heridas por Chile, actividad que consiste en capacitar a los profesionales del área de salud en curación avanzada (CA) a través de sus propios pacientes. Los resultados obtenidos han sido sorprendentes, permitiendo que en el país los servicios de salud organicen sus recursos de una manera diferente para lograr cicatrizar úlceras que llevan años sin recuperarse, involucrándose en esta materia el Ministerio de Salud. En el año 2017 el Directorio de FINH decide ampliar esta Ruta a Haití, con la finalidad de contribuir a mejorar la salud y calidad de vida de las personas con heridas y úlceras complejas de los ciudadanos en Haití, capacitando a los profesionales de la salud en ese país a través de la atención de sus propios pacientes, incorporando a 20 de ellos con úlceras a un Piloto de Seguimiento con CA durante 6 meses. Sus resultados serán sometidos a una evaluación de costo-efectividad para que la Sociedad de Cirujanos de Haití, presente este documento al Ministerio de Salud haitiano.

PROPÓSITO

Contribuir a mejorar la salud y calidad de vida de las personas con heridas y úlceras en Haití, capacitando a sus profesionales de salud en manejo multidisciplinario de heridas y úlceras, a través de la atención de sus propios pacientes.

METODOLOGÍA

La Dirección de esta Campaña fue 100% de responsabilidad de la FINH; en marzo del año 2017 parte del Directorio fue a realizar un diagnóstico de la situación de salud en Puerto Príncipe, Haití, para evaluar si era posible realizar una Ruta a ese país. La coordinación estuvo a cargo de la Sociedad de Cirujanos de Haití, quienes se preocuparon de la logística y de la inscripción de los profesionales que participaron en la capacitación y de elegir 20 pacientes con úlceras para la realización de un tratamiento clínico durante 6 meses. La Sociedad de Cirujanos de Chile colaboró con un especialista para apoyar en la capacitación y en el desarrollo de la Campaña y encargados de la coordinación de futuras capacitaciones entre ambas Sociedades; además estuvieron apoyando esta actividad la Sociedad de Enfermeras Latinoamericanas de Heridas (SELH) y la Universidad Mayor, con voluntariado en profesionales y alumnado.

Campañas para conseguir fondos: Se solicitó ayuda a particulares y a las empresas internacionales que venden insumos clínicos para el manejo de heridas y úlceras. Se programó cubrir tratamientos completos para 20 pacientes durante 6 meses, lo que incluía un total de 1.020 CA.

Voluntariado para la Ruta Solidaria en Heridas en Haití: Desde abril a julio de 2018 se abrieron las postulaciones para la elección del voluntariado profesional. El grupo elegido tenía ciertos requisitos académicos y humanos que cumplir, con la finalidad de aplicar protocolos estandarizados en la Ruta. Se eligieron 11 profesionales: 3 médicos, 1 nutricionista, 6 enfermeras y 1 ingeniero civil industrial, 10 eran chilenos y uno era de Costa Rica (médico general), los que viajaron el 26 de marzo del 2019 a Puerto Príncipe, Haití; ellos se distinguían usando polera azul con diseño de identificación “Ruta Solidaria de

FOTOGRAFÍA
2FOTOGRAFÍA
3

las Heridas HAITÍ 2019. Fotografía 2. Durante el seguimiento de los pacientes se incorporaron otros dos voluntarios, alumnos de pre-grado, una estudiante de enfermería, Fotografía 3, y un estudiante de economía.

Capacitación a los profesionales en Haití: A la Sociedad de Cirujanos de Haití se le solicitó elegir 60 profesionales dedicados al manejo de heridas, los que deberían continuar con la atención de los pacientes y hacerse cargo de elegir el lugar donde realizar la capacitación.

Atención de pacientes: La Sociedad de Cirujanos de Haití debía elegir 20 pacientes con úlcera de la piel, quienes tenían que comprometerse a continuar por 6 meses en tratamiento. Se solici-

tó también elegir dos Centros de Salud para la continuidad de los tratamientos. A cada uno de los pacientes se le solicitó firmar un Consentimiento Informado para autorizar su tratamiento. El Consentimiento fue autorizado por el Comité de Ética de la FINH. Los días 27, 28 y 29 de marzo, la nutricionista organizó una evaluación individual de cada uno de los pacientes con la finalidad de entregar complementos alimenticios para quienes lo necesitaban, teniendo presente que no existe la Carrera de Nutrición en Haití, por lo que es para ellos, un profesional de alto costo.

El día 27 de marzo todos los pacientes que ingresarían al Piloto de Seguimiento serían evaluados y se les realizaría la primera CA por el Voluntariado de la Ruta.

El día viernes 29 de marzo, los profesionales capacitados realizarían las atenciones de sus pacientes, responsabilizándose de su atención hasta el 30 de octubre del 2019. El mismo día 29 de marzo, al final de cada atención, a los pacientes se les aplicaría una “Encuesta de Satisfacción Usaria”, con el fin de conocer su percepción de calidad y calidez de la atención recibida. Cada úlcera de los pacientes tendría que ser fotografiada una vez al mes y se debía aplicar la Escala de Valoración de Carga Bacteriana (VACAB) cada 15 o 7 días, según correspondiera, y en cada CA deberían escribir la evaluación del paciente, además de llenar la hoja de insumos clínicos utilizados.

Piloto de seguimiento: En estos 6 meses de tratamiento, la FINH realizaría 4 evaluaciones en terreno para ayudar en la continuidad de los tratamientos y poder confeccionar el informe final. Se desplazarían profesional clínico y economista para lograr este objetivo.

RESULTADOS PRELIMINARES

Diagnóstico de la situación de salud en Haití: Nos reunimos con diversas autoridades, Directores de Hospitales, Sociedades y con el Subsecretario de Salud del Ministerio de Salud de Haití, Fotografía 4. Todos estuvieron de acuerdo con la Campaña, haciendo énfasis en que lo que más les falta es capacitación, ya que de alguna u otra forma reciben ayuda de muchos países, pero su necesidad fundamental es la educación como una herramienta de cambio en el país.

Recolección de fondos: Esto no fue fácil de lograr, ya que hubo mucha resistencia en ayudar a Haití por la cantidad de inmigrantes que llegaban día a día en el año 2018 a nuestro país, por lo que la FINH asumió el 75% del total de los gastos de esta Ruta. Los voluntarios cancelaron el 50% de su pasaje.

Capacitación de los profesionales: Los días 28, 29 y 30 de marzo del 2019 se realizó la capacitación a cargo de los 11 profesionales voluntarios, quienes tienen mucha experiencia clínica y académica, a 71 profesionales haitianos, 41 médicos de diferentes especialidades y 30 enfermeras; ésta fue realizada en el Hotel Marriot en la Ciudad de Puerto Príncipe, Fotografía 5. Se efectuó a través de multimedia con diapositivas por las mañanas y en la tarde se realizaron talleres con fantasmas y material de curación, Fotografía 6. Al finalizar la actividad se aplicó un test de conocimiento, en el cual 92% alcanzó la nota de aprobación, 5. También se realizó una evaluación de la actividad a los participantes, quienes la consideraron de excelencia, solicitando poder continuar en los próximos años esta capacitación, idealmente a nivel académico universitario con docentes de la Ruta. La actividad se realizó con traducción simultánea del español al francés.

FOTOGRAFÍA
4



FOTOGRAFÍA
5



FOTOGRAFÍA
6



Atención de pacientes: En la tarde del 27 de marzo se atendieron 15 pacientes, ya que los otros 5 programados no llegaron. La actividad se realizó con los voluntarios de la Ruta en el Hospital Turgeau, ubicado en Puerto Príncipe-Haití. El viernes 30 de octubre se volvieron a tratar con CA, esta vez a cargo de los profesionales de Haití capacitados, que se iban a hacer cargo de los dos Pilotos de Seguimiento, acompañados

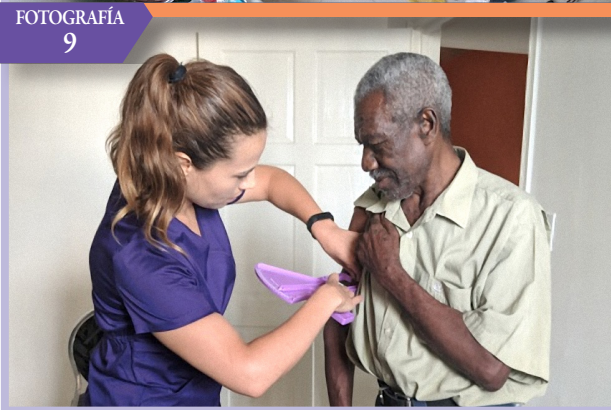
del Equipo de Voluntariado. Las condiciones sanitarias no eran las mejores, ya que no había luz y se tuvieron que improvisar camillas con sillas, no había jabón ni material para higienizarse las manos y tampoco un lugar donde dejar el material que se llevaba, además de no contar con aire acondicionado, con temperaturas sobre los 38°C, Fotografías 7 y 8.

Posteriormente a estos 15 pacientes iniciales se sumaron 8 personas más, por lo que finalmente ingresaron 23 pacientes al piloto; 5 de ellos presentaban más de una úlcera, sumando 28 atenciones.

Encuesta de satisfacción usuaria: 100% de los pacientes encuestados le dieron mucha importancia al lavado de la piel y las heridas, ítem cuyo resultado es similar al obtenido en las Rutas Solidarias en Chile, elemento fundamental para controlar la carga bacteriana en las heridas y úlceras.

Condiciones generales de los pacientes al ingreso: Estaban en muy malas condiciones, varios de ellos en estado crítico, una paciente desahuciada, 4 pacientes con indicación de amputación mayor.

Evaluación Nutricional: De los 23 pacientes ingresados, 5 tenían sobrepeso; 5 obesos; 11 tenían peso normal y 5 presentaban bajo peso, Fotografía 9. En cuanto a la anamnesis alimentaria, la mayoría de estos pacientes tenían bajo acceso a alimentos fuente de proteína y un consumo elevado de azúcar la cuál era agregada al café o al agua como endulzante. El consumo de agua no cubría los requerimientos para asegurar una hidratación adecuada. En cuanto al consumo de frutas y verduras no alcanzaba los 400 g/día de la recomendación de la Organización Mundial de

FOTOGRAFÍA
7FOTOGRAFÍA
8FOTOGRAFÍA
9

Salud, por lo que los requerimientos energéticos se cubrían principalmente con cereales, azúcar, legumbres y aceites, principalmente de palma.

Pilotos de Seguimiento: Se realizaron en dos Centros de Salud, muy alejado uno del otro, el Hospital Turgeau y el Hospital Bernard Mevs los que fueron apoyados durante 6 meses con insumos clínicos y asesoría académica. Ingresaron al Piloto 26 pacientes, dos de ellos fallecie-

ron por causas desconocidas y la tercera persona abondo el tratamiento por falta de recursos para trasladarse al Centro de Salud. De los 23 pacientes tratados, 5 de ellos presentaba otra úlcera en la otra extremidad, por lo tanto se trataron 28 úlceras. De los 23 pacientes, 13 eran hombres y 10 correspondían al sexo femenino. El promedio de edad era de 49,6 años, 5 tenían menos de 40 años, 14 tenían entre 40 a 45 años y solo 4 personas tenían más de 65 años, teniendo presente que el promedio de vida en Haití es solo de 64,2 años ⁽²⁾. La situación laboral de las 23 personas; 11 estaban inactivos por su úlceras y 12 eran activos (comerciantes, sastre, conductores). Para trasladarse al Hospital, el 90% se demora más de una hora, con un gasto en traslado de 4 dólares por cada atención, valor que supera los 2 dólares por cápita diario⁽⁶⁾, esto provoca que solo 3 pacientes acuden acompañados a la atención. Los pacientes presentaban múltiples patologías asociadas, la más frecuente es la Hipertensión Arterial, sin tratamiento en la mayoría de ellos, por falta de medicamentos, presentado dos de ellos crisis hipertensiva. La segunda patología más frecuente es la Diabetes Mellitus, muchos de ellos sin tratamiento o con medicamentos como Insulina Rápida, pero con desconocimientos de la importancia de su administración y las condiciones básicas de su conservación, ninguno de ellos tenía un control básico de su neuropatía y de exámenes de laboratorio, encontrando a 6 de ellos con hiperglicemia solo dos normo glicémicos y 3 con hipoglicemia. Otras patologías encontradas, un fumador, dos pacientes con Insuficiencia Renal, un paciente con Lupus Eritematoso, y 4 pacientes con Anemia Falciforme; Esta patología no es conocida en nuestro país, es particularmente común entre aquellas personas con ascendencia de África, es hereditaria y los

glóbulos rojos de las personas que padecen esta enfermedad tienen una forma anormal, como de “hoz”, que hace que se atoren en los vasos sanguíneos pequeños, y obstruyan el flujo de sangre y oxígeno a los órganos principales del cuerpo. Estas obstrucciones pueden causar dolor intenso, daño a los órganos o hasta un derrame cerebral. Entre otras complicaciones están: vulnerabilidad a las infecciones, fatiga y retraso en el crecimiento. Es una enfermedad crónica y varía en intensidad. La esperanza de vida de la mayoría de quienes la padecen es reducida ⁽⁷⁾.

De las 28 úlceras tratadas, 22 correspondían a úlceras venosas(UV), 4 a Úlcera del Pie Diabético(UPD), 1 a Úlcera Traumática y 1 Úlcera por Linfoedema.

Pacientes con Úlcera Venosa: De las 22 UV tratadas, 5 tenían menos de un año de evolución, 12 llevaban entre 1 y 5 años y 5 de ellas tenían más de 5 años de evolución. De las 22 UV, 4 correspondían a pacientes con Anemia Falciforme. Al ingreso ninguna estaba infectada, 21 presentaban Colonización Crítica, 11 de ellas con clasificación Tipo 4 ⁽⁸⁾, 10 con Tipo 3 ⁽⁸⁾ y 1 con Colonización Baja, la que clasificaba en Tipo 2 ⁽⁸⁾. A los 6 meses de tratamiento, 7 pacientes con UV se fueron de alta. De las 14 UV que quedaron, 11 con Colonización Crítica pasaron a Colonización Baja y 5 de ellas de Tipo 4 pasaron a Tipo 3, 2 Tipo 4 a Tipo 2 y las otras 4 pasaron de Tipo 3 a Tipo 2. Los 4 pacientes que presentaban Anemia Falciforme ingresaron con Tipo 4 con Colonización Crítica, lamentablemente solo uno paso a Tipo 2, pero el resto mantuvo su clasificación, uno se infectó durante el tratamiento y fue muy complejo atenderlos, ya que todos los elementos que tenían Polihexanida, les provocaba fuertes dolores.

Pacientes con Úlcera de Pie Diabético: Todos tenían menos de un año de evolución, con úlcera neuropática, pulsos presentes y piel tibía. 2 clasificaban en Wagner 3, 1 en Wagner 2 y 1 en Wagner 1. 3 de ellos se fueron de alta, el paciente que aún no cicatriza era Wagner 3 que paso a Wagner 1.

Uno de estos pacientes con Wagner 3 que se fue de alta, llegó desahuciada al Piloto, muy descompensada de su Diabétes Mellitus, en brazo de sus hijos, que lo único que solicitaban era que salvaran a su madre. Hoy ella camina sola, deambula a sus controles sin dificultad, muy contenta y agradecida de poder volver a disfrutar a sus hijos.

Otras Patologías: Una paciente presentaba Úlcera por Linfoedema con Colonización Crítica Tipo 4, quien se recuperó a Tipo 2 con Colonización Baja. Otro paciente presentaba una Úlcera Traumática Tipo 4 con Colonización Crítica, quien se fue de alta a los 2 meses de tratamiento.

Dificultades del operativo: Este no estuvo exento de grandes dificultades, siendo el idioma un gran obstáculo para que la atención de los pacientes y comunicación con los profesionales sea fluido. También hay otras dificultades tan importantes o mayores que la mencionada, como por ejemplo la escasez o inexistencia de insumos clínicos necesarios para un óptimo abordaje en el manejo avanzado de heridas, insumos tan básicos como son el suero fisiológico, jabones y antisépticos, entre otros. No se puede dejar de mencionar las continuas y violentas manifestaciones sociopolíticas que impiden asistir a los pacientes a sus citas con las consecuencias de retraso y/o retroceso en los resultados del tratamiento. Durante el seguimiento de los Pilotos, hubieron 3 disturbios,

los dos primeros de 15 a 20 días y el último se mantiene desde el 15 de septiembre del presente año. La escasez de petróleo en el último tiempo dificultó aún más el traslado de los pacientes y el buen funcionamiento de los establecimientos de salud. La falta de organización de éstos y la falta de empoderamiento del rol de Enfermería también son factores que juegan en contra. Por último, existen factores culturales en la población que hacen que no utilicen los servicios de salud en forma sistemática y/o periódica, por lo que es difícil convencerlos de la importancia de asistir a todas las citas de curaciones avanzadas.

CONCLUSIONES

A pesar de las dificultades con el idioma, financiamiento del proyecto, falta de insumos básicos para atender a los pacientes y los problemas sociopolíticos constantes que vive Haití, todo el voluntariado quedó muy contento de haber participado aportando con un “granito de arena” en ayudar con el conocimiento en un país que necesita mucho para poder surgir. Tanto médicos como enfermeras de Haití que participaron en el proyecto, continuarán con el tratamiento avanzado, sin esperar que el Ministerio de Salud de Haití los apoye, “ya que para eso falta mucho” y los resultados obtenidos fueron sorprendentes. Esperamos una vez que pasen los disturbios que están presente desde el 15 de septiembre del 2019, viajar a Haití para finalizar el proyecto y esperamos que en diciembre 2019 se envíe la evaluación de costo efectividad de la Ruta, para que la Sociedad de Cirujanos de Haití la presente en su Ministerio de Salud.

AGRADECIMIENTOS

El Directorio de FINH agradece a todo el Equipo de Voluntariado que se desplazó a Haití para ejecutar esta linda Campaña, también a la Sociedad de Cirujanos de Haití por el apoyo y coordinación, a los médicos y enfermeras que

estuvieron a cargo de los Pilotos en Haití, a Fabrice Joubert de la empresa HMS en Haití, por ayudar a gestionar esta Ruta y a todas las empresa que donaron insumos clínicos para la ejecución de las curaciones avanzadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de la Salud, según datos del Departamento de las Naciones Unidas de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. Revisión del 2015, Nueva York, 2015.
2. Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique (Haití). Projection de populations. Puerto Príncipe: IHSI; 2007. Disponible en: http://www.ihsi.ht/pdf/projection/ProjectionsPopulation_Haiti_2007.pdf.
3. Ministère de la Santé Publique et de la Population; Institut Haïtien de l'Enfance (Haití); ICF International. 2013. 2012 Haïti Mortality, Morbidity, and Service Utilization Survey: key findings. Calverton, MD: MSPP / IHE /ICF International. Disponible en: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/SR199/SR199.eng.pdf>.
4. Herrera J, Lamaute-Brisson N, Milbin D, Roubaud F, Saint-Macary C, Torelli, C, et al. L'Evolution des conditions de vie en Haïti entre 2007 et 2012: la réplique sociale du séisme. Puerto Príncipe: IHSI / Development, Institutions and Globalization Unit, National Research Institute for Sustainable Development (Francia); 2014. Disponible en: http://www.ihsi.ht/pdf/ecvm/analyse/IHSI_DIAL_Rapport%20complet_11072014.pdf.
5. Michelitsch Roland, Crespo ARV, Vargas F, Gonzalez D, Verónica M, Biau J, et al. Evaluación del Programa de País: Haití 2011-2015. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2016. Disponible en: <https://publications.iadb.org/handle/11319/8057?locale-attribute=es>.
6. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Human development report 2016. Nueva York: PNUD; 2016. Disponible en: <http://report.hdr.undp.org>.
7. Revista Chilena de Pediatría; Enfermedad de células falciformes: Un diagnóstico para tener presente. Pamela Zúñiga C., Cindy Martínez G., 2018.
8. Costo-Efectividad del Tratamiento Tradicional y Avanzado de la Úlcera Venosa, Ministerio de Salud, Fundación Instituto Nacional de Heridas, 2008.

RUTA SOLIDARIA DE LAS HERIDAS HAITÍ

2017-2019





FUNDACIÓN
INSTITUTO NACIONAL
DE HERIDAS

3

SECCIÓN II: CAMPAÑAS SOLIDARIAS

DÍA NACIONAL DEL PACIENTE OSTOMIZADO



EDUCANDO AL OSTOMIZADO Y SU FAMILIA

Este 2 de octubre del 2019, se realizó por segundo año consecutivo la campaña solidaria Día Nacional del Paciente Ostomizado, dirigido por la Sociedad de Enfermeras Latinoamericana de Heridas y Fundación Instituto Nacional de Heridas, auspiciado por Ministerio de Salud, Universidades Mayor, Diego Portales, Santo Tomas, Austral, Concepción y Antofagasta.

La actividad se realizó desde Antofagasta hasta Temuco, educando a más de 2.000 personas que padecen esta patología a través de un tríptico educativo. También se controló presión arterial y glicemis capilar, identificando nuevas personas con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial, además de pacientes descompensados.

**MUCHAS GRACIAS A TODOS LOS QUE
AYUDARON EN ESTA BELLA CAMPAÑA**





FUNDACIÓN
INSTITUTO NACIONAL
DE HERIDAS
FINH

VALORES

VOLUNTARIOS FINH: \$15.000

PÚBLICO GENERAL: \$20.000

REGIONES: \$25.000

GUÍAS CLÍNICAS FINH

TÚ GUÍA EN EL TRATAMIENTO AVANZADO DE LAS HERIDAS



Consultas: (56-2) 22237667 - 22748352

WWW.INHERIDAS.CL - WWW.FACEBOOK.COM/INHERIDAS

MANEJO DE ÚLCERA VENOSA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: UN GRAN DESAFÍO

AUTOR

Ignacio Torres Yáñez.

Enfermero CESFAM Juan Carlos Baeza.

Depto. Salud San Clemente, Región del Maule, Chile

Correspondencia a eu.ignaciotorres@gmail.com



Existe una población de aproximadamente 34.500 personas en la Atención Primaria de Salud que permanecen con úlceras venosas (UV)¹. El reporte del Ministerio de Salud de Chile del año 2007 informó que 70% de los pacientes con heridas crónicas corresponden a UV, y de estos pacientes, 40% son laboralmente activos². La comuna de San Clemente se caracteriza por ser una zona de carácter rural, en la cual hay una alta tasa de heridas y úlceras, concentrándose las curaciones avanzadas (CA) en un solo Centro de Atención Familiar (CESFAM). Frente al desafío de lograr entregar un correcto manejo de UV es que se inició la implementación del Programa Piloto de Úlceras Venosas³.

Palabras Clave: úlcera venosa, curación avanzada, sistema compresivo.

Propósito: Mostrar el manejo de una UV en Atención Primaria de Salud (APS), mediante la implementación del Programa Piloto de Úlcera Venosa, utilizando como pilares la CA y el uso de sistemas compresivos.

Fuente de Financiamiento: Programa Piloto en Úlcera Venosa, Ministerio de Salud.

Declaración de conflictos de interés: El autor declara no tener conflictos de interés.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado: El autor ha obtenido el consentimiento informado del paciente referido en este caso clínico, el que se encuentra en poder de él.

METODOLOGIA

Paciente masculino de 40 años, chileno, escolaridad media incompleta, se desempeñaba como guardia de seguridad. Con antecedentes mórbidos de UV de 17 años de evolución manejada con curación tradicional, tres veces por semana, sin sistema compresivo. Antecedentes de Trombosis Venosa Profunda (TVP), cirugía de várices de la pierna derecha hace 18 años. Actualmente no se encuentra laboralmente activo debido a la presencia de la úlcera crónica. En control en salud mental por cuadro depresivo en tratamiento con Fluoxetina y Risperidona. Sin patologías de base asociadas.

Al ingreso se solicitan exámenes, con resultados favorables. Estado nutricional obeso, con IMC de 36.5. Se realiza Índice tobillo brazo^{1,2}. Al examen físico se destaca pulso pedio y tibial posterior (+). UV Tipo 4, ubicada en el tercio medio de la cara interna de la pierna derecha, con lecho con predominio de tejido esfacelado, con aproximadamente una profundidad de 1,5cm, abundante exudado turbio, edema (++), EVA 2/10 en tratamiento con Ibuprofeno 600mg SOS. Piel circundante macerada y ausencia de calor local. Se aplica protocolo de Valoración de Carga Bacteriana (VACAB), determinando colonización crítica.

Se procede a realizar ingreso al Programa Piloto el día 10 de agosto del 2018, con UV Tipo 4, Fotografía 1. Se realiza curación avanzada con arrastre mecánico con suero fisiológico abundante (500 cc) y jabón con clorhexidina al 2%, dejándolo actuar 3 minutos la primera semana para disminuir carga bacteriana. Se realizó desbridamiento quirúrgico con cureta para remover tejido esfacelado en primera instancia. Se aplica protector cutáneo en la zona perilesional y ácidos grasos hiperoxigenados en la piel indemne, se utiliza apósito bacteriostático DAAC como apósito primario. Se inicia sistema compresivo



vo inelástico (Bota de Unna de 20mmHg) con aplicación de Bota de Duke, por un plazo de 20 días. Sobre la Bota de Unna se aplica apósito pasivo de gasa no tejida de 20 x 40cm, logrando buena tolerancia al tratamiento compresivo y disminuyendo considerablemente el edema.

Posteriormente se cambia a sistema compresivo de 2 capas (40mmHg), por un plazo de 3 meses (septiembre-diciembre 2018). Al cuarto mes (enero 2019) se inicia sistema compresivo de 3 capas, el cual tuvo poca tolerancia ya que el usuario refería “mucho calor”. En enero del 2019 se procede a realizar cambio a Media Compresiva de 40 mmHg, Fotografía 2, manteniendo buena tolerancia y adherencia al tratamiento por 3 meses (enero a marzo 2019). Se mantuvo CA cada 3 días con apósito bacteriostático DAAC y se incorpora espuma limpiadora para piel circundante, optimizando los tiempos de curación, hasta abril del 2019, donde se inicia fase de cic-

trización con inhibidor de las metaloproteasas la primera semana y posteriormente tull de silicona, acompañado de protector cutáneo y ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO).

RESULTADOS

Se inicia uso de calcetín terapéutico el 2 de abril, logrando cicatrización completa el día 22 de abril del 2019, Fotografía 3. El paciente recupera su autonomía y se reincorpora a sus actividades cotidianas, las cuales no podía realizar por temor al rechazo debido al mal olor de sus úlceras.

Al alta se le entrega su kit (Calcetín Terapéutico y AGHO), se felicita y se le motiva a mantener cuidados generales (uso de sistema compresivo y lubricar cada 8 horas la piel). Se fomenta estilo de vida saludable, reforzando indicaciones entregadas por nutricionista. Se indica mantener extremidades elevadas al dormir, ejercicios para aumentar el retorno venoso, como dorsiflexión del pie y caminata de 30 minutos continua.



CONCLUSIONES

Usuario logra el cierre completo de la UV de larga data (17 años) en un plazo de 8 meses, cumpliendo el desafío de manejar solamente en atención primaria una UV, utilizando curación avanzada y sistema compresivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Espinoza G. Factibilidad económica de la implementación del tratamiento avanzado en úlcera venosa en el nivel primario de atención [Internet]. Santiago, Chile: Universidad de Chile - Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas; 2015 [citado:2019,septiembre]. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/133971>
2. Christine Kreindl, Tratamiento nutricional en úlceras por presión y úlceras venosas, Revista Chilena Nutrición, 2019; disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnut/v46n2/0717-7518-rchnut-46-02-0197.pdf>
3. Aburto I., Morgado P. Costo efectividad en sistemas avanzados en el tratamiento de úlceras venosas, Santiago, FINH (Fundación Instituto Nacional de Heridas), 2017.

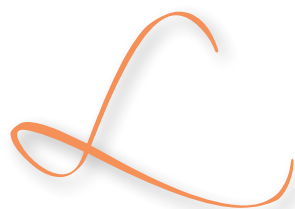
CURACIÓN AVANZADA CON MATRIZ ANTIOXIDANTE EN ÚLCERA VENOSA DE LARGA DATA EN ETAPA INFLAMATORIA

AUTORA

Lorena Barría González.

Enfermera Centro de Salud Familiar de Algarrobo. Valparaíso, Chile

Correspondencia a lorena.barría.gonzalez@gmail.com



Las úlceras venosas (UV) en Chile se presentan en 1% de la población, ya sea en su forma activa o cicatrizada. Esta prevalencia aumenta con la edad, causando discapacidad importante en las personas que la padecen y disminución de la calidad de vida¹, por lo que es muy importante ofrecer tratamientos locales que permitan acortar al máximo el proceso de cicatrización.

La utilización de un apósito con propiedades antiinflamatorias ayudaría a detener el stress oxidativo de las células en el lecho de la herida, favoreciendo la producción de tejido granulatorio y promoviendo la reactivación del proceso de cicatrización². Este apósito diseñado con tal objetivo está compuesto por matriz liofilizada de la goma de algarrobo con gran capacidad de absorción, y una solución de hidratación con propiedades antioxidantes a base de cúrcuma y acetilcisteína³.

El exceso de radicales libres en el entorno de una herida contribuye de forma significativa al estancamiento de la misma en la fase inflamatoria, favoreciendo la aparición de una herida de difícil cicatrización. Se genera una situación de estrés oxidativo, puesto que las enfermedades de base que suelen presentar los pacientes con heridas crónicas dificultan en gran medida el retorno a una situación de balance oxidativo. Esto incide directamente sobre la capacidad de respuesta del tejido, ya que se afectan directamente estructuras celulares y la matriz extracelular del entorno³.

Propósito: Mostrar la evolución de una UV de larga data utilizando una matriz liofilizada de origen 100% vegetal con capacidad antioxidante

Palabras clave: Úlcera Venosa, Antioxidante, Etapa inflamatoria.

Fuente de Financiamiento: Laboratorios Avalón.

Declaración de conflictos de interés: La autora declara no tener conflictos de interés.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado: La autora ha obtenido el consentimiento informado del paciente referido en este caso clínico, el que se encuentra en poder de ella.

METODOLOGÍA

Paciente femenina de 74 años, con UV activa desde hace 12 años. Como patologías asociadas destacan Diabetes Mellitus no insulino-requiere, compensada. Con curaciones avanzadas (CA) desde 2017, día por medio durante 3 meses, luego diaria por tener exudado abundante, con uso de apósitos primarios bioactivos⁴, sin tolerancia a sistemas de compresión. Con cultivo de secreción del 14 de mayo con desarrollo de staphilococos aureus tratado con ciproflaxacino 500mg⁵.

Se realizó valoración de herida según Diagrama de Valoración: Úlcera de aspecto amarillo pálido, diámetro 10x2cm, exudado abundante de calidad seroso, 100% esfacelo, 0% granulatorio, edema ++, dolor 10/10, piel circundante descamativa, obteniendo como resultado de la valoración inicial una Herida Tipo 4 y una colonización crítica según Valoración de la Carga Bacteriana (VACAB)⁶. Al examen físico: Pulso pedio y tibial posterior presente, varices de safena, se extiende desde agujero poplíteo hasta planta del pie izquierdo, signos de lipodermatoesclerosis, Fotografía 1.



Se realizó CA con técnica aséptica y desbridamiento quirúrgico, seguido de la aplicación de la matriz antioxidante como apósito primario, recortándola para adaptarla a la forma del lecho de la úlcera; como apósito secundario se usó apósito tradicional y tratamiento compresivo de doble capa.

La periodicidad de las curaciones fue de 72h. A la tercera semana de tratamiento con matriz antioxidante se observa: aspecto enrojecido, disminución del diámetro a 5.8 x 1.4cm, exudado moderado y serohemático, sin profundidad, aumento de tejido granulatorio, sin edema ni dolor, Fotografía 2.

Una vez reactivado el proceso de cicatrización normal e inicio de la fase proliferativa, la úlcera se trató con productos convencionales de cura en ambiente húmedo⁴. En la séptima semana de

tratamiento con matriz antioxidante se observa a la valoración: Aspecto enrojecido, disminución de diámetro a 3.0 x 0.9cm, lo que equivale a 70 % de disminución del diámetro, sin exudado ni profundidad, 100% tejido granulatorio, sin edema ni dolor. Se visualiza superación de la fase inflamatoria y superposición de fases proliferativa y de remodelación, para inicio con apósito de cura húmeda, Fotografía 3.

RESULTADOS

La cicatrización completa se obtuvo a la décima semana posterior al inicio del tratamiento con la matriz antioxidante, Fotografía 4, luego de 12 años de evolución de la UV.

CONCLUSIONES

Desde el inicio del tratamiento hay una rápida evolución de la úlcera, se observa preparación del lecho de la lesión a través de la eliminación de tejidos no viables e incremento en forma notable del tejido de granulación, lo que produjo activación de los bordes de la piel perilesional.

Una limitación presente durante el tratamiento fue el deteriorado estado de la piel circundante a



la UV secundaria a lipodermatoesclerosis, lo que la hace altamente susceptible a la formación de nuevas heridas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mege, M. Insuficiencia venosa de extremidades inferiores. [Internet]. [citado 2019 junio 25]:4. Disponible desde: file:///C:/Users/user/Desktop/revistas%20heridas/insuficiencia_venosa_%20de_extremidades_inferiores.pdf.
2. Castro, B. The use of an antioxidant dressing on hard-to-heal wounds: a multicentre, prospective case series. [Internet]. 2017. [citado 2019 junio 25]. Disponible desde: JWC%20UseAntioxidantDressingOnHardToHealWoundsMulticentreProspectiveCaseSeries%20(1).pdf
3. Jiménez, J.; Abad. Cicatrización de úlceras venosas complejas mediante el control del estrés oxidativo. [Internet]. 2017. [citado 2019 junio 29]. Disponible desde: file:///D:/REOXCARE%20LANZAMIENTO/Publicaciones%20científicas/Artículos/Jimenez2018ROL%20CICATRIZACIÓN%20DE%20ÚLCERAS%20VENOSAS%20COMPLEJAS%20FINAL.pdf
4. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Manejo y tratamiento de las heridas y úlceras. Valoración y clasificación. Series de guías clínicas. [Internet]. 2000. [citado 2019 junio 25];1 (1):11-17. Disponible desde: file:///c:/users/user/desktop/revistas%20heridas/guía_1_manejo_y_tratamiento_de_las_heridas_y_ulceras.pdf.
5. Toro, R.; González J. Manejo de la carga bacteriana en heridas crónicas mediante desbridamiento cortante y clorhexidina. [Internet]. 2017. [citado 2019 junio 25]. Disponible desde: file:///C:/Users/user/Downloads/Dialnet-ManejoDeLaCargaBacterianaEnHeridasCronicasMediante-4625385%20(2).pdf.
6. Subsecretaría de Salud Pública. División de Prevención y Control de Enfermedades, Departamento de Enfermedades no Transmisibles. Orientación Técnica Manejo Integral del Pie Diabético. [Internet]. 2018. [citado 2019, agosto 23]; 1 (1):41-147. Disponible desde: <https://www.capacitacionesonline.com/blog/wp-content/uploads/2019/07/Orientaci%C3%B3n-T%C3%A9cnica-Manejo-integral-del-pie-diab%C3%A9tico.-MINSAL-Chile-2018.pdf>.

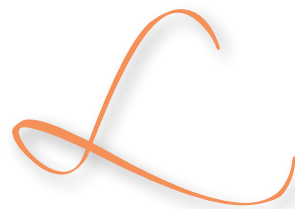
CURACION AVANZADA COMO ALTERNATIVA PARA LA CICATRIZACIÓN DE LA GANGRENA DE FOURNIER

AUTORA

Ana Salazar Barrios

Licenciada en Enfermería. Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo.
Chiclayo, Perú.

Correspondencia a anamisaba24@gmail.com



La Gangrena de Fournier es una enfermedad que se caracteriza por una fascitis necrotizante fulminante y progresiva de la región perineo genital, perianal y abdominal de etiología polimicrobiana¹. Es una patología que ha sido descrita en hombres y mujeres, con alta morbilidad especialmente entre los pacientes de 40 a 70 años, que tienen factores predisponentes como diabetes mellitus y alcoholismo crónico². La incidencia relativamente alta de la Gangrena de Fournier en pacientes con diabetes se ha atribuido a una fagocitosis defectuosa, neuropatía diabética e inmunosupresión³. Es una emergencia quirúrgica que requiere de un diagnóstico precoz y tratamiento adecuado basado en una estabilización hemodinámica, antibiótico terapia de amplio espectro, un precoz y agresivo desbridamiento quirúrgico de las áreas necróticas y curaciones diarias⁴.

Palabras clave: Gangrena de Fournier, curación avanzada, Desbridamiento.

Propósito: Mostrar la efectividad de la cura avanzada (CA) como alternativa para la cicatrización de la Gangrena de Fournier.

Fuente de Financiamiento: Financiado por la paciente.

Declaración de conflictos de interés: La autora declara no tener conflictos de interés.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado: La autora ha obtenido el consentimiento informado del paciente referido en este caso clínico, el que se encuentra en poder de ella.

METODOLOGIA

Paciente de 52 años de edad con Diagnóstico de Diabetes Mellitus y Gangrena de Fournier, recibe tratamiento antibiótico con metronidazol y clindamicina. Se le realiza desbridamiento quirúrgico en quirófano el que origina una herida de aproximadamente de 20 x 15cm, que se inicia en el labio mayor izquierdo de la vulva hasta los 2/3 de la cara interna del muslo izquierdo, con exposición de tendón.

Según el Diagrama de Valoración de la Carga Bacteriana (VACAB)⁵, la herida presenta infección ya que tiene exudado purulento con mal olor, 80% de tejido esfacelado en piel circundante eritematosa, sin presencia de calor local, Fotografía 1.

El médico cirujano realiza curación tradicional los dos días siguientes, utilizando Rifozina, solución de Furacin, agua oxigenada y cloruro de sodio, ante lo cual la paciente manifiesta dolor intenso no controlable durante el procedimiento, a pesar que se le administraba Midazolan para sedarla, el cual no era efectivo.

El 19 de marzo 2018, con consentimiento de la familia, se realiza CA utilizando limpiador de herida, alginato de calcio con plata con curación diaria, con lo que se observa disminución del tejido desvitalizado. Al 6to día la familia solicita el alta y que la curación se realice en el domicilio a petición insistente de la paciente quien refiere sentirse mejor durante la curación por la ausencia del dolor.



Las curaciones se realizan en domicilio con alginato de calcio cada 72 horas al inicio, luego cada 4 a 5 días aplicando hidrogel porque presentaba exudado escaso⁶. Aproximadamente a las 20 semanas la colonización es baja, presentando exudado seroso, 100% tejido granulatorio, 15% piel circundante macerada y resto de la piel sana, Fotografía 2.

RESULTADO

A los 7 meses 2 semanas hay cicatrización completa de la ulcera, después de 8 meses de CA, Fotografía 3. La paciente refiere disminución significativa del dolor durante las curaciones en domicilio, lo que junto a la posibilidad de permanecer en su hogar mejoró significativamente su estado de ánimo.

FOTOGRAFÍA
3

15/10/2018



CONCLUSIONES

La CA fue una alternativa para la cicatrización de la Gangrena de Fournier, la paciente no requirió cirugía reparadora, disminuyó el dolor y fue posible realizar el tratamiento en el domicilio como ella había solicitado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hagedorn J, Wessells H. A contemporary update on Fournier's gangrene. Nat Rev Urol. 2017; 14 (4):205-214
2. Camargo L., García H. Gangrena de Fournier: revisión de factores determinantes de mortalidad. Rev Chil Cir. 2016; 68 (3): 273-277
3. Mariños A., Luna H., Mantilla V. Gangrena de Fournier en paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2. Rev. Méd Trujillo 2017; 12(4):178-82
4. Chennamsetty A., Khourdaji I., Burks F., Killinger K. Contemporary diagnosis and management of Fournier's gangrene. Ther Adv Urol. 2015; 7 (4): 203-15
5. Fundación Instituto Nacional de Heridas. Serie de Guías Clínicas Manejo y Tratamiento de las Heridas y Úlceras. Tratamiento Integral Avanzado de la Ulcera Venosa. 2da Edición. ISSN 07 19-0603.2018.
6. Ministerio de Salud de Chile. Desbridamiento y Manejo de Heridas infectadas. Con acceso el 25 de marzo 2018. Disponible en: <https://es.slideshare.net/lopezcasanova/debridamiento-y-manejo-de-heridas-infectadas>



FACULTAD DE
ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD DE CONCEPCION

72 AÑOS DE EXCELENCIA EN LA FORMACIÓN
DE LÍDERES DE PRE GRADO Y POSGRADO

ACREDITADA 7 AÑOS

RECONOCIDA COMO INSTITUCIÓN DE EXCELENCIA



La Facultad de enfermería entrega a los egresados la capacidad de brindar la gestión de un cuidado socialmente responsable, que respete la diversidad y multiculturalidad, motivado por un compromiso ético y una visión humanista, siendo líderes en la formación de posgrado de nuestro país.

Programas de Posgrado:
Magister en enfermería.

Programas de Postítulo:
Especialidad en Enfermería en Cuidados Intensivos del Adulto
Especialidad en Enfermería en Diálisis y Trasplante Renal
Especialidad en Enfermería en Geriátrica
Especialización en Enfermería en Neonatología
Especialidad de Enfermería en Salud Infantil (incluye Cuidados Intensivos)



www.enfermeriaudec.cl

Instagram: Enfermeria_udec

Facebook: Facultad de Enfermería UdeC

Twitter: @de_udec

USO DE APÓSITO ANTIMICROBIANO CON DACC EN PACIENTE DIABÉTICO CON AMPUTACIÓN DE ORTEJO

AUTORA

Francisca Gálvez Escalante¹

1. Enfermera Unidad de Nutrición y Diabetes Hospital Militar, Santiago de Chile.

Correspondencia a fbgalvez@gmail.com

 El pie diabético (PD) es definido por la OMS como la ulceración, infección y/o gangrena del pie, asociadas a neuropatía diabética y diferentes grados de enfermedad arterial periférica y propensión especial a sufrir infecciones y amputaciones^{1, 2}, lo que se traduce en 1 amputación cada 20 segundos a nivel mundial³.

En nuestra Unidad, 94% de los pacientes diabéticos requiere curación avanzada (CA) posterior a una amputación de oratejo u extremidad. A través de este caso clínico se pretende mostrar la efectividad del apósito antimicrobiano dialquilcarbamilo (DACC)⁴, en la disminución de la carga microbiana durante la colonización crítica para favorecer la cicatrización y lograr el cierre temprano de la úlcera. El DACC es un ácido graso hidrófobo que actúa como bacteriostático por acción física, disminuyendo la carga microbiana con cada cambio de apósito.

Palabras clave: Pie diabético, apósito bacteriostático, dialquilcarbamilo, úlcera.

Propósito: Mostrar la efectividad del apósito antimicrobiano bacteriostático con dialquilcarbamilo (DACC) en el control de la colonización crítica en una úlcera de PD.

Fuente de financiamiento: Insumos aportados por el paciente.

Declaración de conflicto de interés: La autora declara no tener conflictos de interés.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado: La autora ha obtenido el consentimiento informado del paciente referido en este caso clínico, el que se encuentra en poder de la autora.

METODOLOGIA

Paciente sexo masculino de 64 años, con antecedentes mórbidos de Diabetes Mellitus Tipo 2 insulino-requiere, con retinopatía leve, hipertensión arterial y dislipidemia, todas en tratamiento farmacológico; IMC 32, 2 (obesidad), tabaquismo (+).

En control con diabetóloga el 18 diciembre de 2018 presenta HbA1c 7.9% y se detecta cambio de coloración en 2° orjejo de pie derecho, por lo que es derivado a cirugía vascular. Paciente no consulta y el 8 febrero 2019 es hospitalizado por un cuadro de 48 horas con exudado serosoturbio y gangrena del 2° orjejo. La radiografía muestra compromiso óseo de falange distal, determinándose amputación, que se realiza al día siguiente; fue dado de alta al 6to día en buenas condiciones, con herida abierta con fondo granuladorio, sin edema, Fotografía 1.

Paciente llega al policlínico de curaciones con colonización baja, en Wagner 2. Se inician curaciones 2 veces a la semana con tull con clorhexidina por 3 semanas, evoluciona con tejido esfacelado, aumento de exudado, motivo por el cual se aplica hidrofibra con plata por 2 semanas manteniendo colonización crítica, exudado abundante, maceración de bordes y 80% de tejido esfacelado. Su principal preocupación era lograr el cierre de la herida ya que él estaba a cargo del cuidado de su esposa dependiente; por este motivo, se solicita al paciente disponer de apósito bacteriostático con DACC, explicándole que es usado con buenos resultados en la Unidad de Diabetes, aportado por el paciente, quien está de acuerdo con el cambio.

FOTOGRAFÍA
1



19/02/2019

FOTOGRAFÍA
2



20/03/2019

A las 6 semanas post amputación, encontrándose en colonización crítica, con exudado abundante seropurulento, maceración de bordes y 80% de tejido esfacelado, se inician curaciones con arrastre mecánico con suero fisiológico y apósito antimicrobiano bacteriostático con DACC como apósito primario, aplicándose crema barrera para proteger la piel circundante. Se mantiene con curaciones 2 veces a la semana por 3 semanas, Fotografía 2.

RESULTADOS

Desde el inicio del uso del apósito bacteriostático con DACC, se observa una disminución de la colonización crítica, del exudado y del tejido desvitalizado. Evoluciona favorablemente hacia la colonización baja en dos semanas, aplicando tull impregnado en parafina durante la última

semana, logrando la epitelización completa, Fotografía 3.

CONCLUSIÓN

La utilización de apósito antimicrobiano bacteriostático con DACC presenta una gran eficacia en el control de la colonización crítica, siendo una alternativa efectiva en las úlceras de PD y por amputación, permitiendo una cicatrización en menor tiempo.

FOTOGRAFÍA
3

25/04/2019



BIBLIOGRAFIA

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 6th Edition revision 2014, Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2014.
2. Ministerio de Salud Chile. GUÍA CLÍNICA DIABETES MELLITUS TIPO 2. [Online]; 2010 (cited 2019 junio).
3. Orientación Técnica Manejo Integral del Pie Diabético. 2018. Minsal, Chile.
4. Cutimed Sorbact. Made Easy, Productos para la práctica clínica. Volumen 3. Número 2. Mayo de 2012. Disponible en www.woundsinternational.co



SOCHIFYL

Sociedad Chilena de Flebología y Linfología

Fundada en el 2003

Sociedad sin fines de lucro que tiene como misión **fomentar el progreso de la medicina y cirugía vascular** mediante el estudio científico y perfeccionando el conocimiento de la enfermedad vascular especialmente **veno-linfático**.

Realiza **cursos y simposium con docentes nacionales y extranjeros** para su divulgación a profesionales de la salud, pacientes y público en general.



USO DE MEMBRANA AMNIÓTICA EN PACIENTE CON ÚLCERA DE PIE DIABÉTICO ISQUÉMICO

AUTORES

Evelyn Araya Labarca¹, Fabián Jamet Rivera².

1. Enfermera del Policlínico de Pie Diabético Avanzado del Hospital San Pablo, Coquimbo, Chile.

2. Kinesiólogo del Policlínico de Pie Diabético Avanzado del Hospital San Pablo Coquimbo, Chile.

Correspondencia a Evelyn Araya: evelyn.araya.labarca@gmail.com

 El número de personas con Diabetes Mellitus (DM) ha ido incrementando tanto a nivel mundial como nacional. Este aumento explosivo de la prevalencia conlleva, a su vez, que esta patología se convierta en una de las principales causas de pérdida de extremidades inferiores. Cada año, más de un millón de personas sufre amputaciones no traumáticas como resultado de esta patología, lo que se traduce en 1 amputación cada 20 segundos a nivel mundial¹.

El avance científico y tecnológico ha permitido utilizar nuevas técnicas e insumos como es el injerto de tejido amniótico, el cual tiene bajo costo y está incorporado al beneficio de procuramiento de órganos. El amnios es la membrana que cubre la cara fetal de la placenta y es obtenida por el obstetra solo en los partos por cesárea programados, sin patologías de riesgo. Previo al parto, la donante firma un consentimiento informado para donar su placenta y se le toman una serie de exámenes para descartar una condición infectocontagiosa; una vez ingresada la placenta a la Unidad de Almacenamiento Transitoria de Tejidos se realiza la separación de la membrana amniótica de la coriónica de forma manual, se le toman cultivos, es envasada y refrigerada, para luego ser enviada al Banco Nacional de Tejidos donde efectúan todas las acciones técnicas pertinentes a la cuarentena, procesamiento, irradiación y empaque seguro de los tejidos para ser usados como implante.

Palabras claves: Membrana amniótica (MA), Injerto, Pie Diabético (PD).

Propósito: Exponer los beneficios del injerto de MA en un paciente con amputación transmetatarsiana (TMT) ingresado al Policlínico de Pie Diabético Avanzado del Hospital San Pablo de Coquimbo (HSP).

Fuente de financiamiento: Los insumos fueron entregados por la Unidad de Procuramiento de Órganos y Tejidos del Hospital San Pablo.

Declaración de conflictos de interés: La autora declara no tener conflictos de interés.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado: La autora ha obtenido el consentimiento informado del paciente referido en este caso clínico, el que se encuentra en poder de ella.

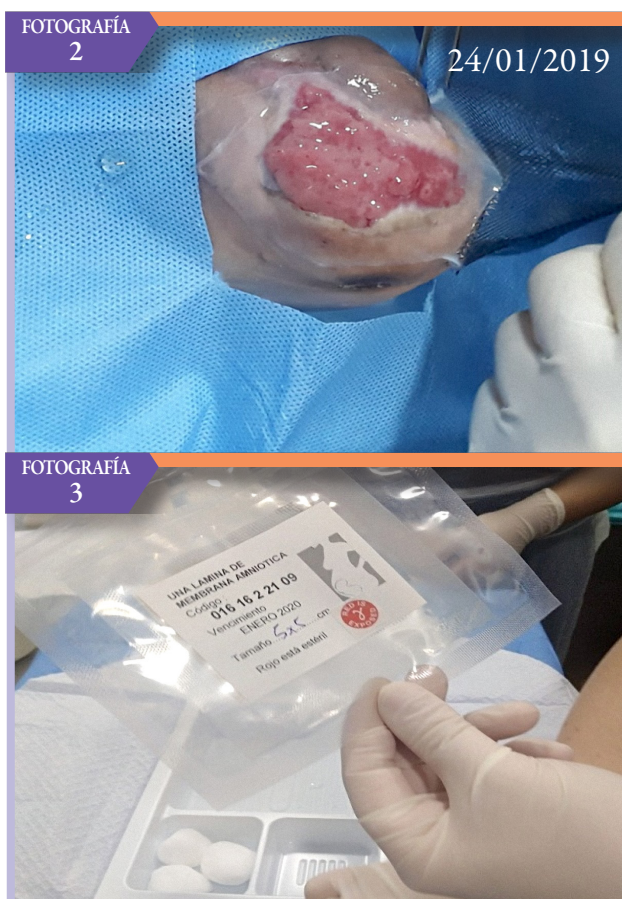
MATERIALES Y MÉTODOS

Paciente femenina, 61 años, residente de la comuna de Andacollo, viuda y con familia unipersonal, con antecedentes mórbidos de DM 2 dependiente de insulina, Hipertensión Arterial, Dislipidemia, Hipotiroidismo, Artrosis bilateral de rodilla y cadera y Enfermedad de Chagas, cada una de las anteriores controladas con sus respectivos tratamientos farmacológicos. El 24 de noviembre del 2018, paciente ingresa al Servicio de Cirugía (SC) del Hospital San Pablo (HSP) derivada desde el Hospital de Andacollo (HA), con diagnóstico de PD isquémico infectado, causado por una herida plantar por objeto penetrante con tres días de evolución.

Durante su hospitalización se realiza intervención quirúrgica de Bypass femoropoplíteo y amputación del primer orjejo de la extremidad inferior izquierda, con mala evolución que culmina con una amputación TMT y aseo quirúr-



gico dorsal del pie. Es derivada al HA donde evoluciona de manera tórpidamente con infección por lo que es trasladada nuevamente al SC del HSP para aseo quirúrgico. El 07 de diciembre del 2018 paciente ingresa al Policlínico de Pie Diabético con una amputación TMT Wagner II, con una extensión de 12,5x9cm, además de 2 heridas dorsales de 3x2cm y 2x2cm, con una profundidad de 0,5cm, 60% de tejido esfacelado con sospecha de biofilm, 40% de tejido granulatorio, abundante secreción seropurulenta, edema ++, piel circundante macerada, Fotografía 1. Se realizaron CA con manejo multidisciplinario; evoluciona de manera favorable y disminuye su tamaño a 6x4cm, hipergranulada a 100%, sin edema, piel circundante levemente macerada y con cicatrización de ambas heridas dorsales, cumpliendo así con los criterios del Protocolo de Implante y Manejo de Injerto de Membrana Amniótica aprobado por el Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente del HSP². El 24 de enero del 2019 se realizó el injerto de amnios en sala de procedimiento por enfermera del Policlínico de Pie Diabético, Fotografías 2 y 3. Se utilizó un tull como protección para el injerto, más gasas no tejidas, apósitos tradicionales y venda semielasticada. Se realizaron cura-



ciones dos veces por semana alternando apósitos bacteriostáticos como Cloruro de Dialquil Carbamilo (DACC), tull de silicona y apósitos superabsorbentes. Durante todo el tratamiento el kinesiólogo trabajó con la paciente en la realización de ejercicios pasivos y activos, evitando la posterior atrofia muscular, y educó sobre la utilización correcta de ayudas técnicas, ofreciendo una atención integral y transdisciplinaria.

RESULTADOS

Se realizó un total de 9 curaciones posteriormente al injerto de membrana amniótica logrando la cicatrización completa de la úlcera el día 25 de febrero 2019, Fotografía 4, 31 días después de la colocación del amnios. Se evidenció una disminución del diámetro de la herida de aproximadamente 1,5 cm entre cada curación, las cuales se realizaban cada 72 h, se logró disminuir la hipergranulación y obtener un tejido de cicatrización con características similares a la piel circundante.

CONCLUSIONES

En este caso se destaca la rápida disminución del tamaño de la lesión, la ausencia de infección y el corto tiempo de cicatrización de la úlcera, lo cual se relaciona con el uso de injerto de amnios. A lo anterior se suma la buena calidad de la cicatriz, con características similares a la piel sana.

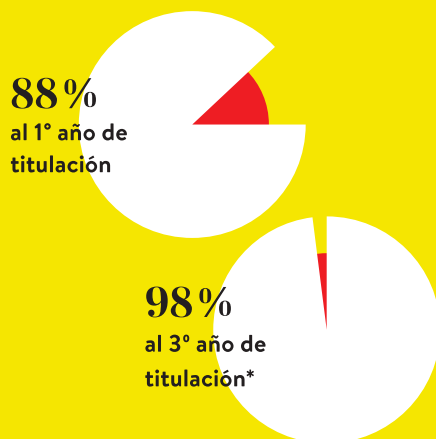
BIBLIOGRAFÍA

1. Subsecretaría de Salud Pública (2019). Orientación Técnica Manejo Integral del Pie Diabético. Santiago: Javiera Busquets, pp.9-21.
2. Araya E. Protocolo de implante y manejo de injerto de membrana amniótica. Coquimbo: Hospital San Pablo de Coquimbo; 2019 p. 10-11.

Escuela de Enfermería Universidad Diego Portales

13 generaciones de egresadas (os) formadas como profesionales **generalistas con sólidos conocimientos científico-humanistas en todo el ciclo vital de las personas, capacitados para desempeñarse en servicios de alta, mediana y baja complejidad en los tres niveles de atención de salud**, utilizando herramientas de gestión y de la mejor evidencia para cumplir con los estándares de calidad.

Tasa de empleabilidad en 2018:



*Fuente: Dirección de Análisis Institucional UDP

Acreditada por **6** años, por la Agencia Acreditadora de Chile A&C, hasta diciembre de 2021.

Convenios docente asistenciales suscritos con importantes campos clínicos preferentemente del sector público de la salud.

Principales campos clínicos:

HOSPITALES:

Dr. Luis Calvo
Mackenna, Roberto del Río, El Pino, Barros Luco
Trudeau, San Borja
Arriarán, DIPRECA y Mutual de Seguridad

CESFAM:

La Florida, Peñalolén, Providencia, San Bernardo, Paine y Padre Hurtado

CLÍNICAS:

Dávila y Bicentenario

Líder por años

consecutivos, entre las escuelas del ramo, en el proceso de admisión a las universidades chilenas, perfilándose entre las más cotizadas por los postulantes a la educación superior.



UNIVERSIDAD
ACREDITADA
5 años. Gestión Institucional,
desarrollo de programas, vinculación
con el medio e investigación.
Hasta octubre 2018

udp Escuela de Enfermería

FACULTAD DE SALUD Y ODONTOLOGÍA

ABORDAJE DE UNA QUEMADURA GRAVE DE MANO COMO CRITERIO GES

AUTORAS

Liliana Cortés¹ María Espinosa² Catalina Orellana³ Carolina Cubillos⁴

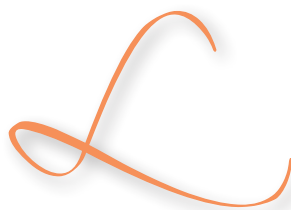
1. Enfermera Jefe de COANIQUEM
(Corporación de Ayuda al Niño Quemado).

2. Cirujano Infantil (Plástica Reconstructiva y Quemados).
COANIQUEM. Clínica Dávila.

3. Enfermera clínica. COANIQUEM.

4. Terapeuta ocupacional. COANIQUEM. Santiago, Chile

Correspondencia a Liliana Cortés: lcortes@coaniquem.org



Las quemaduras son consideradas lesiones en los tejidos vivos, resultantes de la exposición a agentes físicos, químicos o biológicos, que puede originar alteraciones locales o sistémicas, reversibles o no, dependiendo de diversos factores¹.

Según la encuesta epidemiológica poblacional realizada en el año 2011 en la Región Metropolitana de Santiago, Chile, la mano fue la localización más afectada (46,7%)^{2, 3}.

En el año 2007 en Chile, se incluyó el Manejo del Gran Quemado como patología garantizada GES (Sistema de Garantías Explícitas en Salud). La Guía GES del Gran Quemado, MINSAL (Ministerio de Salud) 2016, tiene como objetivo disminuir la morbilidad y las secuelas de los pacientes con quemaduras, optimizar el manejo basado en la evidencia científica y de expertos y apoyar el sistema de atención al Gran Quemado⁴.

Entre los criterios para definir una quemadura como GES, se encuentran las quemaduras profundas complejas de localizaciones especiales (cara, cuello, manos, pies, mamas, genitales, periné y pliegues articulares), mayores a un 0.5% de superficie corporal quemada (SCQ), de tipo AB o B y que puedan dejar secuelas estético funcionales graves⁴.

Palabras clave: Quemadura, Injerto dermoepidérmico, Garantías en Salud.

Propósito: Dar a conocer el manejo de una quemadura grave de mano, el que incluye diagnóstico correcto, tratamiento adecuado, derivación a centros especializados y rehabilitación precoz.

Fuente de financiamiento: El costo del tratamiento lo asume la familia del paciente, su ISAPRE (Instituciones de Salud Previsional) y COANIQUEM.

Declaración de conflictos de interés: Las autoras declaran no tener conflictos de interés.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado: Las autoras han obtenido el consentimiento informado de los padres del paciente referido en este caso clínico, el que se encuentra en poder de ellas.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente de 1 año 3 meses de edad, sexo femenino, sin antecedentes mórbidos, a cargo de su madre de 28 años, afiliada a ISAPRE.

El día 14 de junio de 2019, la niña se tropieza y cae sobre la estufa a parafina, apoyando la mano izquierda sobre ésta. Le aplican agua fría y la llevan al Servicio de Urgencia donde le realizan curación, sin retirar flictenas y colocan apósito transparente no adhesivo.

A los 3 días de evolución, ingresa a Policlínico de Curaciones de COANIQUEM. Se administra analgesia indicada según protocolo de manejo del dolor (20mg/kg/dosis de paracetamol más 1mg/kg/dosis de diclofenaco vía oral) y se apoya con acciones no farmacológicas de Musicoterapia⁵. En la valoración general, la menor se encuentra en buenas condiciones generales, con el vendaje sucio, desplazado, sin indicación de uso de cabestrillo. Al retirar vendaje se observa flictena tensa y bordes eritematosos por la presión sobre el lecho. Niña con mucho dolor, puntuación 6, según escala de valoración FLACC, la que puede ser utilizada en niños de 0 a 3 años, en pacientes con alteraciones cognitivas, y en aquellos pacientes incapaces de usar otras escalas. Se suman los puntajes de cada ítem, obteniendo un



puntaje final entre 0 y 10 puntos⁵.

Al retirar la flictena se observan vasos trombosados en el centro y esfacelo intermedio a grueso en un 80%; edema (++), piel circundante macerada. Se clasifica como una quemadura tipo AB-B, según la Clasificación del Dr. Benaim⁶, de 1% de extensión de SCQ de la mano izquierda, Fotografía 1.

Se realiza aseo de la herida para bajar carga bacteriana, con Polihexanida con Betaína⁷, por 15 minutos. Luego se aplica hidrogel más tull doble capa, apósito secundario tradicional especial y vendaje oclusivo en extensión palmar.

De acuerdo a la evaluación de la lesión en conjunto con la Médico Cirujano Plástico Infantil, se determina que la paciente cumple con criterio GES: quemadura AB-B mayor a 0,5% SCQ de mano (zona especial), por lo que se deriva a Clínica Privada en convenio GES, para manejo del dolor, aseo quirúrgico y preparación de lecho para injerto.

A los 6 días de evolución se realiza aseo quirúrgico en pabellón bajo anestesia general y se cubre con heteroinjerto de porcino, con el objetivo de proteger la herida de una eventual contaminación bacteriana, ya que actúa como barrera contra la contaminación externa, de la pérdida de

proteínas y cuidar el tejido de granulación hasta que el autoinjerto sea factible. Se deja mano en extensión y mantiene indicaciones de uso de cabestrillo y analgesia.

A los 12 días de evolución ingresa nuevamente a pabellón y se realiza injerto dermoepidérmico de cuero cabelludo. En zona de injerto se coloca tull, apósito tradicional especial y férula extensora, Fotografía 2a. En zona dadora se utiliza apósito de alginato de calcio más apósito transparente adhesivo y vendaje, Fotografía 2b.

A los 7 días post injerto, se revisa zona injertada, observándose injerto dermoepidérmico 100% prendido. Se realiza aseo con suero fisiológico y se cubre con gasa no tejida, apósito tradicional especial, manteniendo férula extensora. En la zona dadora del cuero cabelludo se observa apósito de alginato de calcio cubriendo completamente la herida y apósito transparente adhesivo en su lugar, por lo que no se retira.

A los 14 días post injerto se decide revisar en pabellón para retiro de suturas de zona de injerto, de manera menos traumática para la niña. Se observa injerto 100% prendido y zona dadora epidermizada, pero frágil, por lo que se mantiene cubierta. Se deriva a COANIQUEM para ingreso a rehabilitación. Cabe destacar que COANIQUEM es Centro de derivación para pacientes GES en la etapa de rehabilitación.

A los 16 días post injerto regresa a COANIQUEM. Padres tranquilos y menor en buenas condiciones, contenta, sin dolor al retirar vendajes. Mano izquierda con injerto dermoepidérmico prendido. Zona dadora de cuero cabelludo epidermizada, aún frágil. Se deriva a Terapia Ocupacional para continuar con posicionamiento con dorsaleta de termoplástico de baja temperatura y programar tipo de sistema elástico compresivo, Fotografía 3 A-B.

FOTOGRAFÍA
2A

26/06/2019



FOTOGRAFÍA
2B

26/06/2019



FOTOGRAFÍA
3A

12/07/2019



FOTOGRAFÍA
3B

12/07/2019



RESULTADOS

A los 23 días post injerto, la paciente se encuentra con un injerto dermoepidérmico en su mano izquierda en condiciones de iniciar uso de guante compresivo palmar de lycra P85, sin restricción de realizar actividades cotidianas, continuando con su proceso de rehabilitación que incluye atención en terapia ocupacional, kinesiología, fisioterapia y psicología, Fotografía 4.



CONCLUSIONES

El conocimiento de los criterios GES en pacientes con quemaduras asegura el acceso, la oportunidad, protección financiera y calidad de atención, el que incluye manejo del dolor, cobertura precoz, prevención de complicaciones y manejo de rehabilitación integral.

BIBLIOGRAFIA

1. Sciaraffia C., Andrades P., Wisnia P.: Quemaduras. En: Andrades P., Sepúlveda S. Cirugía Plástica Esencial. Departamento de Cirugía del Hospital Clínico de la Universidad de Chile 2005; 87-110.
2. F. Solís, Domic C., R. Saavedra. Epidemiología de las quemaduras en niños y adolescentes de Región Metropolitana. Rev Chil Pediatría 2014; 85 (6): 690-700
3. Solís F., Domic C., Saavedra R., González A. Incidencia y prevalencia de las lesiones por quemaduras en menores de 20 años. Chile Rev Chil Pediatría 2014; 85 (6): 674-681
4. Ministerio de Salud. Guía Clínica Manejo del Paciente Gran Quemado. Santiago: Minsal; 2016. Disponible en: http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/GPC-GRAN QUEMADO-FINAL-18-MARZO-2016_DIAGRAMADA.pdf
5. Quiles MJ, van-der Hofstadt C J, Quiles Y. Pain assessment tools in pediatric patients: a review (2ndpart). Rev Soc Esp Dolor 2004; 11: 360-369.
6. Comité de Guías de Práctica Clínica de la ISBI. Guía de Práctica Clínica de la ISBI para el Cuidado de las Quemaduras. 2016.
7. Fernández R., Griffiths R. Water for Wound Cleansing. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 2. Art. No.: CD003861.

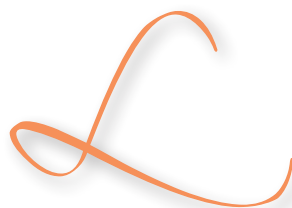
MANEJO AVANZADO EN UNA LESIÓN POR LOXOSCELISMO CUTÁNEO: IMPORTANCIA DE UNA INTERVENCIÓN OPORTUNA

AUTORAS

Polette Sepúlveda Palma, Daffne Oteiza Plaza.

Enfermeras, Centro Médico Hospital del Trabajador. Santiago, Chile.

Correspondencia a Polette Sepúlveda: psepulveda@hts.cl



La *Loxosceles Laeta*, más conocida como araña de rincón, es la especie de mayor distribución en Sudamérica y la más importante en nuestro país.

Las mordeduras por arácnidos en Chile constituyen un problema de salud pública debido a su magnitud, prevalencia e impacto social. Entre los años 2014 y 2016 se registraron 17 muertes en el país debido a ello¹. Las zonas del cuerpo más frecuentemente afectadas son el muslo, el tronco y la zona proximal de los brazos, siendo el sexo femenino el que concentra el mayor número de casos².

La forma de presentación más frecuente es el loxoscelismo cutáneo (LC) que corresponde a 83,3% de los casos y se caracteriza por alteraciones vasculares graves en la piel, áreas de vasoconstricción y hemorragia, que llevan a una isquemia local y una placa necrótica. El centro de la lesión es de apariencia pálida, rodeado por un área roja, edematosa y que evoluciona a un color azul-violáceo, de aspecto acartonado, denominada placa livedoide.

El loxoscelismo cutáneo-visceral ocurre cuando el veneno alcanza la circulación sistémica, siendo la forma más grave de loxoscelismo, con una mortalidad de 1 a 3%¹.

El LC es generalmente benigno; sus manifestaciones más frecuentes son dolor, edema y eritema. El cuadro clínico describe un dolor tipo urente, con hiperestesia peri lesional y edema duro o elástico. Progresar con un halo de vasoconstricción e isquemia que se extiende alrededor de la lesión, pudiéndose formar después una ampolla en alrededor de 50% de los casos. La placa livedoide se establece a las 24 horas como una placa violácea central, halo pálido y borde eritematoso. La zona isquémica central puede evolucionar a necrosis y formar una escara, la que al desprenderse, da paso a una úlcera. La mordedura tiende a curar por segunda intención entre ocho a catorce semanas³.

Palabras clave: *Loxosceles laeta*, loxoscelismo, loxoscelismo cutáneo, curación avanzada, úlcera venosa, antioxidante, etapa inflamatoria.

Propósito: Describir la intervención con curaciones avanzadas (CA) de un paciente que presenta úlcera por loxoscelismo cutáneo, demostrando la importancia de la intervención oportuna por parte del equipo de enfermería.

Fuente de financiamiento: Todos los insumos y el costo total de las curaciones avanzadas fueron asumidos por la paciente.

Declaración de conflictos de interés: Las autoras declaran no tener conflictos de interés.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado: Las autoras han obtenido el consentimiento informado de la paciente mencionada en este caso, una copia de éste documento queda en poder de la paciente.

METODOLOGIA

Paciente sexo femenino R.O.R de 56 años. Tabaquismo (+), 5- 6 cigarros diarios, alergias (-). Se



desempeña como housekeeper del área de aseo en Hospital, por lo que se encuentra supervisando constantemente diversos lugares dentro del recinto.

Acude a consulta médica el día 6 de agosto refiriendo que al ponerse su chaqueta de trabajo siente una punzada en el brazo izquierdo, no dándole importancia al comienzo. Evoluciona con dolor, eritema e impotencia funcional del brazo afectado. Al evaluarla en consulta médica, presenta lesión de aspecto livedoide aproximadamente de 10cm de extensión. Médico deriva a Urgencia para descartar loxoscelismo cutáneo.

En Urgencia es diagnosticada de loxoscelismo cutáneo, dejando indicación de tratamiento endovenoso con betametasona 8mg por 1 vez, clorfenamina 10mg por 1 vez y Ketorolaco 60mg por 1 vez; evoluciona con menor dolor y se da de alta con indicaciones de betametasona 0.25mg y tratamiento antibiótico con claritromicina además de control SOS.

Paciente ingresa a la unidad de CA del Centro Médico HTS el día 21 de agosto de 2018. Al descubrir apósitos se evidencia exudado escaso, se realiza valoración de la lesión, que presenta placa necrótica acartonada con una extensión de 6cm de longitud x 3cm de ancho, Fotografía 1a,



se evalúa con profundidad máxima debido a la presencia de necrosis. Bordes se encuentran eritematosos, presentando calor local en zona afectada. De acuerdo a la clasificación según Diagrama de Valoración de carga bacteriana en heridas y úlceras (VACAB), la lesión queda clasificada como herida infectada.

Se realiza CA comenzando con lavado de la zona con clorhexidina jabonosa al 2% dejando actuar por 3 minutos, luego se irriga con abundante cloruro de sodio 0.9% y se realiza desbridamiento quirúrgico con bisturí, logrando remover aproximadamente 70% de la placa necrótica. En lecho se observa tejido graso desvitalizado, se desbrida con pinza quirúrgica y bisturí; paciente refiere leve dolor EVA 3/10 y se alcanza una profundidad de 2cm, Fotografía 1b, se vuelve a irrigar con cloruro de sodio 0.9% y se deja carboximetilcelulosa con plata en lecho de la herida. En el resto de la placa necrótica se deja hidrogel, se utiliza protector cutáneo en bordes de la lesión, se cubre con gasas no tejidas y se fija con venda de gasa y tela de rayón. Se da indicación de no mojar apósitos, mantener extremidad en alto, suspender tabaquismo y mantener analgesia. Se cita 2 veces por semana.

El 26 de septiembre de 2018 es evaluada por cirugía plástica y se indica programar injerto en



brazo izquierdo, pero la paciente prefiere esperar un tiempo más antes de realizar la cirugía. En la curación se retiran apósitos con exudado moderado a abundante, observándose disminución de extensión del lecho de la herida con 3cm de longitud, 2cm de ancho x 1.5 cm de profundidad, 90% de tejido granulatorio y 10% de tejido graso desvitalizado, Fotografía 2; en esta oportunidad se realiza CA con limpieza por 15 minutos con polihexanida con betaína, con pinza y bisturí se desbrida aproximadamente 90% del tejido desvitalizado, como apósito primario se deja alginato de calcio y se cita dos veces por semana. Debido a su buena evolución, la paciente decide esperar unas semanas más con curaciones y diferir la realización del injerto.

Luego de 2 meses de CA y con una muy buena adherencia de la paciente a las indicaciones entregadas, se observa una excelente evolución de la lesión, la que presenta 100% de tejido granulatorio, una extensión de 2cm de longitud x 1.5cm de ancho y 0.3cm de profundidad, presentando exudado escaso. Se realiza curación con tull de silicona, presenta piel perilesional con leve descamación por lo que se aplican ácidos grasos hiperoxigenados y se comienza a citar 1 vez por semana.

FOTOGRAFÍA
3

29/11/2018



RESULTADOS

El día 29 de noviembre paciente asiste a curación. Al descubrir la herida se observa 100% de la lesión cicatrizada, Fotografía 3, por lo que se aplica ácidos grasos hiperoxigenados y se da de alta, aconsejándole seguir hidratando su piel con ellos.

Luego de 30 CA realizadas, en conjunto con el compromiso que presentó la paciente al seguir

al pie de la letra las indicaciones tanto médicas como de enfermería, en 3 meses se logró que la lesión cicatrizara.

CONCLUSIONES

El diagnóstico oportuno de loxoscelismo cutáneo permite planificar un adecuado tratamiento médico y de enfermería para el cuidado de la herida, evitando así las posibles complicaciones que se puedan presentar.

A través de un buen manejo de la lesión con CA realizadas por enfermeras entrenadas y el apoyo del equipo de salud, se logró la cicatrización de la herida, con el consiguiente retorno de la paciente a sus actividades de la vida diaria, superando las expectativas médicas y adaptándose a la decisión de la paciente de no realizar cirugía de injerto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Apt W., Denegri M., Jofré L., Noemí I., Tassara R., Torres M. Ministerio de Salud. Guía para el Manejo de Mordedura de Araña de los Rincones - *Loxosceles laeta* Chile, 2016.
2. Del Puerto C., Saldías C., Fuentes M., Downey C., Andino R. Experiencia en loxoscelismo cutáneo y cutáneo visceral de manejo hospitalario: clínica, evolución y propuesta terapéutica. Departamento de Dermatología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile, 2018.
3. Tambourgi D., Paixão D., Gonçalves R., Fernandes M., Magnoli F., Morgan P., van den Berg C., *Loxosceles sphingomyelinase* induces complement-dependent dermonecrosis, neutrophil infiltration, and endogenous gelatinase expression. *J Invest Dermatol* 2005; 124: 725-31.

PIODERMA GANGRENOSO: UNA COMPLICACIÓN INUSUAL Y DESAFIANTE PARA ENFERMERÍA

AUTORAS

Ximena Meneses¹. Ana María Rodríguez¹. Macarena Díaz¹.

1. Enfermeras Unidad Coloproctología Red Salud UC-Christus. Santiago, Chile

Correspondencia a Ximena Meneses: xmeneses@hotmail.com



El pioderma gangrenoso es una dermatosis inflamatoria poco frecuente que se incluye en el grupo de las dermatosis neutrofilicas. Aunque se desconoce su etiología, en su patogénesis se ha postulado una disregulación del sistema inmune¹. Se ha asociado con múltiples condiciones sistémicas dentro de las que sobresale la enfermedad inflamatoria intestinal.

Hasta el momento se conocen cuatro variantes clínicas: ulcerativa, pustular, bulosa y vegetativa; la más común de todas es la forma ulcerativa, que se presenta como una úlcera profunda de bordes violáceos bien definidos, con eritema e induración alrededor. Inicia generalmente como una o varias pápulas pequeñas, pústulas peri foliculares o como un nódulo doloroso, que se rompen espontáneamente, drena material purulento y forma pequeñas úlceras con apariencia de “huella de gato”². Las lesiones se localizan comúnmente en miembros inferiores y tronco, seguido de otras áreas como manos, cabeza y piel periostomal². El diagnóstico es principalmente clínico y de descarte. Aunque el tratamiento de la enfermedad de base puede lograr la resolución de las lesiones, los cortico esteroides se consideran el tratamiento de elección².

Palabras clave: dermatitis, complicación, ostomía, pioderma.

Propósito: Documentar una alteración cutánea inusual en pacientes portadores de ostomía por enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y su tratamiento interdisciplinar.

Fuente de Financiamiento: autofinanciado por el paciente.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado: Las autoras han obtenido el consentimiento informado del paciente referido en este caso clínico. El documento se encuentra en poder de ellas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este caso trata de una paciente de 32 años, con diagnóstico de Enfermedad Inflamatoria intestinal (EII) desde 2009. Por su patología de base inició tratamiento cortico esteroidal hasta el 2017, año en el cual continúa con terapia de anticuerpos monoclonales. En enero del 2018 presenta crisis grave, por lo que se realiza colectomía total con ileostomía terminal; a las 2 meses post operatorio (05-03-2018) se observa dehiscencia muco-cutánea de un 10% aproximadamente a las 3 y 9 horaria, de características superficial, con extensión de 1cm de dehiscencia; hacia central se observa tunelización de 5cm con induración y sensibilidad local, fondo granulatorio. Se decide irrigar con suero fisiológico, luego uso local de polihexanida con betaína (PB), hidrofibra con plata en lecho y cubrir con sistema de 2 piezas convencional.

Al control de las 48h destaca EVA local 6/10, induración y sensibilidad mantenida sin aumento de temperatura local. Evaluada por cirujano indica ecografía de partes blandas, que demuestra presencia de colección, por lo cual inicia tratamiento antibiótico oral.

En el nuevo control persisten condiciones, paciente decaída Eva 8/10. Se decide revisión en pabellón para destectar cavidad, Fotografía 1.

En post operatorio se mantiene manejo con medidas locales, arrastre mecánico con suero fisiológico, uso de PB, hidrofibra con plata, pasta de karaya y sistema de 2 piezas.

FOTOGRAFÍA
1

10/03/2018



FOTOGRAFÍA
2

28/05/2018



Al primer control post operatorio post alta (25-03-2018), paciente refiere lesiones pruriginosas en brazo y pierna derecha. Al examen físico se observa lesión papular en brazo y pulgar derecho con telangectasia, además de pústula en muslo derecho con borde eritematoso y placa eritematosa friable de 2 x1 cm en ombligo. Evaluada por dermatología se diagnostica Pioderma Gangrenoso.

Localmente se inicia curación con ácido fusídico y valerato de betametasona 2 veces al día por 1 semana, asociado al uso de sucralfato tópico.

Al cabo de dos meses logra regenerar y cicatrizar la lesión, Fotografía 2.

A los 4 meses paciente con zona periostomal sana, utilizando sistemas de 2 piezas con duración de 7 días aproximadamente, sin daño cutáneo, Fotografía 3.

RESULTADO

El diagnóstico y tratamiento multidisciplinar permitió mejorar las condiciones de la piel peristomal en un periodo de dos meses y medio, mejorando la calidad de vida de la paciente.

COMENTARIOS

El diagnóstico y tratamiento certero permiten disminuir las complicaciones asociadas a la enfermedad Inflamatoria intestinal y mejorar el cuidado de la piel peristomal.

FOTOGRAFÍA
3

30/06/2018



BIBLIOGRAFÍA

1. Bertoló, M., Ruiz, M.& Contreras, C. (2015). Pioderma gangrenoso: excelente respuesta a tratamiento tópico. Revista Médica de Chile, 143(1), 130-131. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000100021>
2. Cadavid, M., Palacios, I. et al (2012). Pioderma gangrenoso: reporte de caso. Medicina UPB, vol. 31, núm. 1, enero-junio, 2012, pp. 59-62. recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1590/159024332009.pdf>.
3. Wollina U. Pyoderma gangrenosum: a review. Orphanet J Rare Dis. 2007; 2:19. recuperado de <https://ojrd.biomedcentral.com/articles/10.1186/1750-1172-2-19>

UA
Universidad de Antofagasta

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ENFERMERÍA

5 Años Acreditada
por Agencia Qualitas

- Gestión institucional
- Atención al Paciente
- Investigación
- Vinculación con el Medio

Carrera Acreditada por 6 años por Agencia Qualitas
http://www.qualitas.cl/?page_id=233

La Carrera de Enfermería se encuentra rediseñada, con un plan de estudios con orientación por competencias. Sus dominios curriculares son: el Cuidado humano, Ciencia disciplinar y Desarrollo humano, con ello se busca una formación integral del futuro profesional, facultado para ejercer la gestión del cuidado de enfermería en los distintos contextos socio-sanitarios. El Departamento de Enfermería está comprometido con; potenciar la gestión académica, desarrollo de la docencia mediante metodologías educativas activas, tecnológicas e innovadoras, para dar respuesta a las necesidades en la formación y perfeccionamiento de profesionales que la región y el país requieren.



MANEJO DE HERIDA POR EXTRAVASACIÓN DE QUIMIOTERAPIA A TRAVÉS DE CATÉTER CON RESERVORIO SUBCUTÁNEO

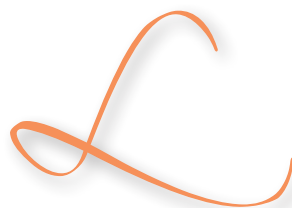
AUTORA

Lorena Hidalgo

Enfermera clínica, Servicio Cirugía Adulto – Hospital de Día.

Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.

Correspondencia a hidalgo.lorena@gmail.com



La vía endovenosa es generalmente la más utilizada para administrar tratamiento al paciente oncológico; dentro de ellas, una de las opciones que existe es utilizar un catéter subcutáneo con reservorio, que es un acceso que conecta una vena central de grueso calibre a una cápsula colocada en el tejido adiposo, la que se ubica generalmente en la región torácica, a través de un Gripper (aguja especial).

Un evento poco frecuente que se puede producir es la extravasación de quimioterapia, el cual genera un gran impacto tanto como para la salud del paciente como para su calidad de vida. Podemos definir este suceso como “la salida no intencionada de un citostático durante su administración hacia el espacio perivascular y subcutáneo”. El daño producido puede manifestarse por signos como eritema e induración con dolor hasta una necrosis de la dermis¹.

El uso de apósitos antimicrobianos en el tratamiento de heridas infectadas permite reducir la carga microbiana en estas heridas, favoreciendo el proceso de cicatrización², lo que se traduce en acortar los tiempos de cicatrización, mejorar el manejo de la herida y en una recuperación del paciente en menor tiempo.

Palabras clave: Extravasación, quimioterapia, herida, curación.

Propósito: Describir el manejo de una herida operatoria colonizada producto de la extravasación de quimioterapia a través de catéter con reservorio subcutáneo.

Fuente de financiamiento: Hospital y familiar.

Declaración de conflictos de interés: La autora declara no tener conflictos de interés.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado: La autora ha obtenido el consentimiento informado del paciente referido en este caso clínico, el que se encuentra en poder de ella.

METODOLOGIA

Paciente femenina de 71 años, Ca mama, hipertensión, insuficiencia renal crónica sin hemodiálisis. Ingresa al hospital para retiro de catéter de quimioterapia infectado producto de extravasación de terapia neo adyuvante. Es sometida a dos cirugías (en primera instancia se realiza retiro de catéter con reservorio y como segunda intervención se le realiza aseo quirúrgico producto de colonización de la herida operatoria), la paciente se hospitaliza, recibe terapia antibiótica y curaciones avanzadas. Tras mejorar las condiciones generales de la paciente es derivada a la Unidad de Hospital de Día para continuar manejo ambulatorio. Al ingreso la paciente presenta herida cavitada de aproximadamente 10cm de diámetro, 90% tejido esfacelado, borde eritematoso, exudado abundante, purulento y de mal olor. Herida infectada según clasificación de carga bacteriana³, Fotografía 1. Se toma cultivo de tejido por solicitud de médico tratante, obteniendo como resultado desarrollo de SAMR, por lo cual recibe tratamiento antibiótico con vancomicina 1g c/12h por 14 días.

En una primera instancia se maneja paciente con curaciones diarias donde se realiza duchoterapia



con solución fisiológica 0.9% en conjunto con lavado con jabón de clorhexidina al 2%, desbridamiento quirúrgico con bisturí y se aplica apósito de tull con plata. Tras 12 días de curación se observa un notable avance en la recuperación, la herida presenta bordes sanos e indemnes y disminución considerable del exudado y tejido esfacelado, Fotografía 2; se procede a cambiar la dinámica de curación, esta vez realizando la curación c/48 h, realizando lavado con jeringa y aguja con SF 0.9% solamente, se aplica gasa impregnada con PHBM por 15 minutos aproximadamente, se deja hidrogel y apósito de malla de poliéster impregnada con polímeros de hidrocoloides por dos semanas, luego se cambia nuevamente la dinámica y materiales de curación, incorporando protección cutánea en los bordes de la herida y uso de ácidos grasos hiperoxigenados en piel circundante, y como apósito primario, uso de rege-

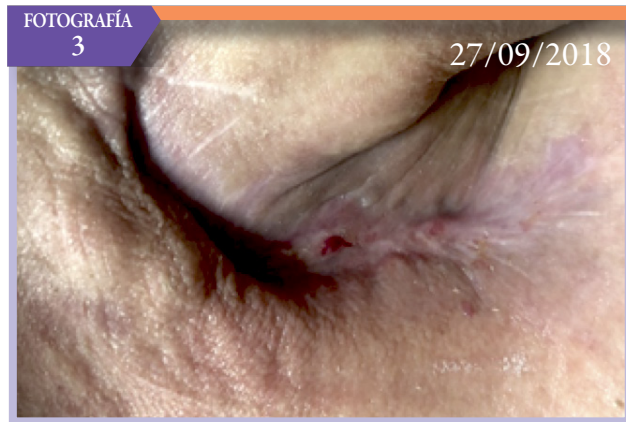
neradores de tipo colágeno. Es así como tras casi cuatro meses de curación es posible observar una herida disminuida en diámetro con 100% tejido granulatorio, para luego lograr la cicatrización y cierre de la lesión.

RESULTADOS

Después de casi cuatro meses de tratamiento se consigue 100% de cicatrización, Fotografía 3.

CONCLUSION

Los citostáticos en contacto con la piel dañan los tejidos perivascular y subcutáneo. El manejo de curación avanzada por el personal de enfermería



ayuda considerablemente en la recuperación del paciente, dado el uso adecuado de los distintos apósitos que ofrece el mercado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Toril Rubio Marina, Rodríguez Borrego María Aurora. Revisión sistemática de las complicaciones de los dispositivos de administración de tratamiento al paciente oncológico. *Enferm. glob.* [Internet]. 2017 [citado 2018 Sept 09]; 16(46): 544-561. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000200544&lng=es. Epub 01-Abr-2017. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.2.251571>.
2. Fidalgo Pernía J., Valles Fustero AC., López-Jurado Marqués I. Apósitos antimicrobianos de nueva generación: ¡al combate! *Sanid. Mil.* [Internet]. 2017 Jun [citado 2019 Sept 09]; 73(2): 113-120. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1887-85712017000200113&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/s1887-85712017000200007>.
3. Ministerio de Salud de Chile. Orientación Técnica Manejo Integral del Pie Diabético. 2018; (43-44)

CURACIÓN AVANZADA EN EL MANEJO DE LA FLEBITIS QUÍMICA EN PACIENTE ONCOLÓGICO

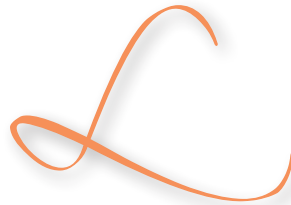
AUTORA

Ana María Cabello Lostaunau

Jefa de Enfermeras de la Clínica Ricardo Palma

Vice presidenta de la Sociedad Latinoamericana de Heridas y Osmías.

Correspondencia a acabello@crp.com.pe



La quimioterapia forma parte del tratamiento de la mayoría de las enfermedades oncológicas en algún momento de su evolución. Los fármacos de la quimioterapia pueden administrarse con distintos objetivos: eliminar la enfermedad micrometastásica para evitar recidivas futuras (tratamiento adyuvante), disminuir el tamaño del tumor previo a la cirugía (tratamiento neoadyuvante), control de los síntomas con la intención de mejorar la calidad de vida y la supervivencia en algunos casos (tratamiento de quimioterapia paliativo) o con intención curativa¹.

La flebitis por extravasación de fármacos ocurre cuando los fármacos de la quimioterapia entran en contacto directo con los tejidos circundantes durante su infusión intravenosa. La gravedad depende del fármaco y de su concentración. Es así que pueden producir desde una ligera reacción inflamatoria local o flebitis dolorosa hasta destrucción de tejidos (necrosis tisular) que puede llegar a dañar músculos y nervios en la zona afectada².

Palabras clave: Desarticulación, flebitis, quimioterapia, evento adverso, curación.

Propósito: Mostrar la efectividad de la curación avanzada (CA) en paciente oncológico que presentó flebitis en dedo pulgar de mano izquierda con riesgo de desarticulación de extremidad.

Fuente de financiamiento: El costo del tratamiento es asumido por la compañía de seguros y el paciente.

Declaración de conflictos de interés: la autora declara no tener conflictos de interés

Derecho a la privacidad y consentimiento informado: la autora ha obtenido el consentimiento informado con los padres del paciente, documento que se encuentra en su poder.

METODOLOGÍA

Paciente adulto joven de 35 años que ingresa a la Unidad de Hospitalización de una institución privada el 5 de marzo del 2018 con el diagnóstico médico de Leucemia mieloide crónica – Crisis Blástica (Sarcoma Granulocítico de pared torácica derecha).

Presenta historia clínica desde septiembre 2015 con tratamiento de quimioterapia desde hace 3 años; durante su hospitalización presenta:

- 15/03/2018: neutropenia febril (leucocitos $40 \times \text{mm}^3$), se observa edema extenso que compromete brazo y antebrazo con calor, dolor, rubor en zona de dedo pulgar, con 80% de flictena, con zona de necrosis con lesión con foco en partes blandas de la extremidad superior izquierda a predominio de venopunción (flebitis química).
- 19/03/2018: se realiza ecografía Doppler para descartar trombosis venosa profunda; se descarta fascitis necrotizante o síndrome compartimental. Presentación de caso en Junta médica con participación de profesionales de enfermería. Se evalúa la posibilidad de desarticulación de la extremidad superior izquierda (amputación) si evoluciona en forma negativa.
- 03/06 al 07/06 presenta cuadro de neutropenia en remisión.

FOTOGRAFÍA
1

24/03/2018



- 12/06/2018 Fiebre con temperatura promedio 38.8°C | Leucocitos $4,080 \text{mm}^3$ | Hemoglobina 8.1g/dL | Plaquetas $31,000 \text{mm}^3$.

Al examen clínico se observa lesión infectada en dedo pulgar de mano izquierda por flebitis química con edema extenso que compromete brazo y antebrazo con calor, dolor, rubor en zona de dedo pulgar, con flictena en 80%, con zona de necrosis, clasificando en Tipo 4, Fotografía 1. A la semana se observa lesión con exudado purulento con exposición de tendón. Durante su hospitalización paciente y familiares se encuentran angustiados, paciente refiere lo siguiente: “Deseo morir completo...” y que no aceptará que se le ampute el brazo.

Enfermería procede a realizar entonces CA 3 v/ semana: aplicación de compresas frías en el brazo y antebrazo, por el edema se mantiene la extremidad en alto y se realiza la curación a través de la técnica de arrastre mecánico con duchoterapia con solución fisiológica al 0,9%. Para disminuir la colonización de la herida se aplica gasa embebida con polihexanida con betaína por 10 minutos. Se realiza desbridamiento quirúrgico, se protege piel con protector cutáneo y se deja con espuma con plata para tratar la infección, se cubre con apósitos pasivos y se fija con venda semi-elástica. Una vez que se consiguió el



desbridamiento del tejido necrótico, Fotografía 2, se comenzó a aplicar apósitos de miel y tull de petrolato, para concluir con hidrocoloides con dos curaciones semanales hasta lograr 90% de cicatrización, Fotografía 3.

RESULTADOS

Después de lograr disminuir el edema del brazo y antebrazo y la cicatrización de la lesión, se consigue evitar la desarticulación (amputación) del brazo. Paciente y familia se encuentran aliviados y agradecidos por los avances obtenidos; sin embargo, paciente fallece antes de culminar la cura total de la lesión.

CONCLUSIONES

Un correcto cuidado y manejo de los accesos venosos periféricos, basados en protocolos de atención y la evidencia científica, son necesarios para la prevención de eventos adversos como las flebitis de todo tipo. Sumado a ello podemos mencionar que la CA por parte del personal de enfermería, en conjunto con seguimiento y educación sobre los cuidados, son fundamentales para lograr la cicatrización total de las lesiones, evitando así consecuencias negativas como la amputación y recuperando la calidad de vida de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Recomendaciones básicas para pacientes en relación a la toxicidad por quimioterapia. Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC). Available from: http://www.gepac.es/docs/Toxicidad_Quimioterapia-LR.pdf
2. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections, 2011, Available from: <https://www.sati.org.ar/documents/Enfermeria/infectologia/Recomendaciones%20CDC%20cateteres%202011%20traducida%20Fabiana.pdf>
3. Aburto I, Morgado P, Manejo Integral Avanzado de la Úlcera por Presión Santiago: Fundación Instituto Nacional de Heridas; 2016.
4. Aburto I, Morgado P, Rodrigo J. Manejo Integral Avanzado de la Úlcera de Pie Diabético Santiago: Fundación Instituto Nacional de Heridas; 2012.
5. García L. El pie diabético en cifras. Apuntes de una epidemia. Rev.Med.Electrón. [Internet]. 2016 Ago [citado 2018 Jun 30]; Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242016000400001&lng=es
6. Prodigy Guidance Burns and scalds. 2015. Available from: <http://www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?gt=Burns%20and%20scalds>

USO DE APÓSITO INHIBIDOR DE METALOPROTEASAS CON TLC-NOSF EN LESIÓN POR ABSCESO PLANTAR DE UN PIE DIABÉTICO

AUTORAS

Sofía Gómez¹, Carmen Rivera².

1. Enfermera CESFAM San Luis de Peñalolén. Santiago, Chile.

2. Licenciada Especialista Clínica de Urgo Medical Chile.

Correspondencia a Sofía Gómez: sofiagomezcampusano@gmail.com

n paciente diabético que no tiene sensibilidad en sus pies y que se le ha diagnosticado una neuropatía, podría sufrir una lesión plantar sin darse cuenta; como complicación de esto puede presentar un absceso infectado que requiere manejo quirúrgico hospitalario con un alto riesgo de amputación. La presencia de abscesos en los espacios plantares debe tratarse con una incisión amplia que permita el drenaje, sin olvidar el desbridamiento de la fascia plantar necrótica¹.

En Chile, según el registro de egresos hospitalarios del sector público de salud del año 2017, 67,9% del total de amputaciones de extremidad inferior son en personas con Diabetes Mellitus².

Abordar una herida plantar en un pie diabético neuropático significa un gran desafío, más si se la considera como una herida crónica de difícil cicatrización desde el momento en que se produce por ser un paciente con una enfermedad de base como la diabetes³.

Las heridas crónicas se caracterizan por un desequilibrio de las proteasas que puede retrasar su proceso de cicatrización. Existen estudios en que se constata una correlación verdadera entre los niveles superiores de MMPs observados en las heridas crónicas y el retraso en la cicatrización de las heridas⁴. Es por esta razón que abordar tempranamente

una úlcera de pie diabético (UPD) con apósitos que inhiban las metaloproteinasas de matriz extracelular (MMPs) con Octasulfato de Sacarosa (TLC-NOSF), resulta ser lo más recomendado en lugar de usar solo apósitos neutros⁵; así también lo reconoce la guía NICE en su última publicación de enero 2019⁶.

El TLC-NOSF, componente del apósito utilizado en este caso clínico, actúa a nivel tisular y ha demostrado que inhibe el exceso de metaloproteinasas de matriz⁵.

Palabras clave: Metaloproteasas, UPD, octosulfato de sacarosa.

Propósito: Mediante el uso de un apósito con TLC-NOSF darle cierre cuanto antes a una UPD causada por un drenaje post absceso plantar.

Fuente de financiamiento: Insumos aportados por URGO MEDICAL Chile.

Declaración de conflictos de interés: La autora Sofía Gómez declara no tener conflictos de interés. La autora Carmen Rivera, quien se desempeña como Especialista Clínica de URGO MEDICAL Chile, declara que esto no tuvo influencias en las conclusiones de este caso clínico.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado: Las autoras han obtenido el consentimiento informado del paciente mencionado en este caso; una copia de este documento queda en poder del paciente.

METODOLOGIA

Paciente masculino de 59 años, con antecedentes de Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus Tipo 2 que debutó con un absceso plantar el 9 de febrero del presente año, evaluado en CESFAM San Luis de Peñalolén y derivado a Urgencia del hospital de la zona, donde se le realizó procedi-

FOTOGRAFÍA
1

20/02/2019



miento de drenaje plantar, más abordaje con tratamiento endovenoso de antibiótico y compensación de la diabetes con manejo de insulina, por su alta HbA1c 9,6.

Fue dado de alta del hospital y reingresa a curación avanzada (CA) al CESFAM el 20 de febrero con una úlcera de 12cm de largo que cruza toda la planta del pie y 1,5 de ancho con 1,5 de profundidad. Siendo clasificada según diagrama de valoración de Guía Clínica⁷ como UPD Grado 3, y según escala de Valoración de Carga Bacteriana², la herida se encuentra infectada por presentar 80% de tejido esfacelado, eritema y calor local, Fotografía 1. Se inicia CA por 2 semanas con apósito Tul lípidocoloide con plata iónica, agregándole hidrogel para aportarle humedad, ya que el exudado era escaso y tenía hueso expuesto. El 8 de marzo, al evaluar el lecho de la úlcera con tejido granulatorio prácticamente en su totalidad, sin signos de infección y consideran-

do un nivel alto de MMPs según bibliografía, se inician curaciones con el apósito Tull Inhibidor de MMPs con TLC- NOSF, (Tecnología LípidoColoide Factor NanoOligoSacarido), recor-tándolo y ubicándolo dentro de toda la lesión. Fotografía 2. La frecuencia de cambio desde el 15 de marzo fue de 1 curación por semana. En ellas se hidrató la piel circundante con aceite de ácidos grasos hiperoxigenados con esencia de anís, por presentar piel circundante descamada.

Cabe destacar que el paciente tuvo una buena adherencia a las indicaciones en el cuidado de su pie y mantuvo sus glicemias controladas, además fue evaluado por fisiatra del nivel secundario quien le indicó bota de descarga que usó a partir del mes de mayo. Se realiza seguimiento fotográfico durante las 17 semanas de tratamiento hasta el alta.

RESULTADOS

Después de 23 curaciones en 4 meses de tratamiento, el 19 de junio presenta úlcera 100% cicatrizada, Fotografía 3, con un costo total en insumos de \$184.830 pesos (US\$ 260,0), que incluye los costos de insumos básicos, costo de insumos de CA más el costo de recurso humano de enfermería, Tabla 1.

Nota: Dólar observado Banco Central = Chile \$709,81 al 20 septiembre 2019.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en este caso clínico permiten apoyar la evidencia actual que se en-



cuentra en diversas publicaciones (⁵, ⁶, ⁸), la cual relaciona el uso de apósitos inhibidores de las metaloproteasas en una herida con tejido granulatorio y sin signos de infección, junto a la descarga y desbridamiento periódico de la herida, con la reducción en el tiempo de cicatrización, lo que permite no solo un beneficio para el paciente y el profesional, sino un considerable ahorro en los costos al acortar los tiempos de terapia.

TABLA
1

VALORES ATENCIÓN

CURACIONES	COSTOS INSUMOS BÁSICOS	COSTOS INSUMOS CURACIÓN AVANZADA	TIEMPO DE RECURSO HUMANO
Desde 19 febrero al 19 junio 2019	1 Apósito pasivo 10x10cm / 5 gasas 5x5cm / 1 venda gasa semielasticada de 10cm/ 2 guantes de procedimiento/ 30 cm de tela papel/ 100 ml de SF	1 Tul TLC-AG 10X10 cm 4 Tul TLC-NOSF 10 X 10 cm 2 aceites AGHO 20 ml	Atención de Enfermera
2 veces x 4 semanas 1 vez x 13 semanas	\$ 1.500 aprox. por cada curación	Recortando tiras de 10x2,5cm, aprox. da un 25% del apósito por cada curación	\$ 7.240 Valor hora Se calcularon 9 horas y 30 minutos por el total de las 23 curaciones aplicadas
Total 23 curaciones	Total por 23 curaciones \$ 34.500*	Total por 23 curaciones \$ 83.000*	Total, RRHH EU \$ 67.330

BIBLIOGRAFÍA

1. Jordi L., José R. E., Antonio R. "Pie diabético". Anales de Cirugía Cardíaca y Vascular 2006; 12(1):12-26
2. Neira C., Salas C., Salvador F., Aburto I. et al. Orientación Técnica Manejo Integral del Pie Diabético 2018. MINSAL.
3. Consenso Internacional Función de las proteasas en el diagnóstico de heridas. Revisión de un grupo de trabajo de expertos. Londres. Wounds International. 2011.
4. Lázaro-Martínez J.L., Izzo V., Meaume S., et al. Elevated levels of matrix metalloproteinases and chronic wound healing: an updated review evidence. Journal of Wound Care, 2016.May, 25 (5)
5. Edmonds M, Lázaro-Martínez J.L., Alfayate-García J.M. et al. Sucrose octasulfate dressing versus control dressing in patients with neuroischaemic diabetic foot ulcers (Explorer): an international, multicenter, double-blind, randomised, controlled trial. Lancet Diabetes Endocrinol. 2017 Dec 20.
6. National Institute for Health and Care Excellence. NICE. January 2019. Resource impact template: URGOSTART for the treatment of diabetic foot ulcers and venous leg ulcers (MTG42).
7. Aburto I, Morgado P. Guía clínica N° 6 "Curación Avanzada de las Ulceras del Pie Diabético". MINSAL 2005.
8. Lázaro-Martínez J.L., Edmonds M., Rayman G. et al. Optimal wound closure of diabetic foot ulcers with early initiation of TLC-NOSF treatment: post-hoc analysis of Explorer. Journal of Wound Care. Vol 28. N° 6. June 2019.



Admisión 2020

Facultad de Ciencias

REINVÉNTATE

**PARA EMPRENDER,
INNOVAR Y CRECER**

VIVE, ESTUDIA. ESPECIALÍZATE

Escuela de Enfermería

- Magíster en Gestión de Seguridad de Pacientes y Calidad de Atención
Santiago

- Diplomado en Gestión Clínica, Calidad y Acreditación (Blended)
Santiago

- Diplomado en formación de enfermeras(os) en educación para el cuidado de personas con Diabetes Mellitus (Blended)
Santiago



Postgrado

umayor.cl/postgradomayor ☎ 600 328 1000



UNIVERSIDAD
MAYOR
5 años
Acreditada

CALIDAD REACREDITADA EN CHILE Y ESTADOS UNIDOS



UNIVERSIDAD MAYOR
REACREDITADA EN EE.UU.





FUNDACIÓN INSTITUTO
NACIONAL DE HERIDAS

CALENDARIO CAPACITACIÓN 2020



POST-TÍTULO MONITOR EN MANEJO DE HERIDAS Y OSTOMÍAS

Fecha	Lugar	\$ Valor	
13 al 18 Enero	Perú	USD\$750	USD\$780
13 al 18 abril	Santiago	\$490.000	\$510.000
1 al 6 junio	Santiago	\$490.000	\$510.000
13 al 18 julio	Santiago	\$490.000	\$510.000
24 al 29 Agosto	Santiago	\$490.000	\$510.000
24, 25, 26 sept y 1, 2 octubre	Región	\$520.000	\$540.000
19 al 24 octubre	Santiago	\$490.000	\$510.000
30 noviembre, 1 al 5 de diciembre	Santiago	\$490.000	\$510.000

APRENDAMOS COMO REALIZAR ARTÍCULOS, CASOS CLÍNICOS Y POSTER

Fecha	Lugar	\$ Valor	
6,7 y 8 Mayo	Santiago	\$180.000	\$200.000

ACREDITACIÓN EN SISTEMAS DE DESCARGAS EN ÚLCERAS DE PIE DIABÉTICO

Fecha	Lugar	\$ Valor	
3 al 8 de Agosto	Santiago	\$490.000	\$510.000

11º CONGRESO NACIONAL DE HERIDAS Y ÚLCERAS

Fecha	Lugar	Valor
19 y 20 de Noviembre	Santiago	General \$110.000 Socias activas FINH Gratis Socias activas SELH \$55.000

CAMPAÑAS SOCIALES

Campaña	Fecha
Día Nacional de las Heridas	2 septiembre 2020
Día Nacional del Ostomizado	7 de octubre 2020
Ruta Solidaria de las Heridas por Chile	27 y 28 de marzo 2020

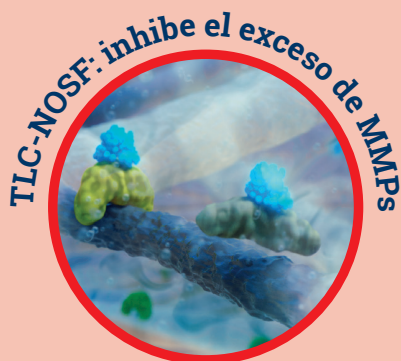


Cuanto antes.

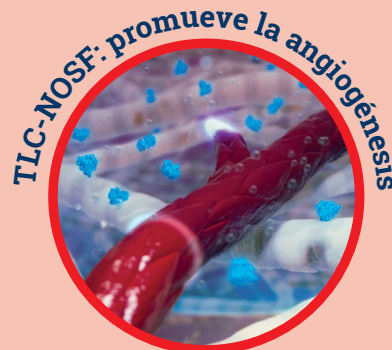
Porque cada día sin úlcera para tu paciente importa

UrgoStart Contact

CICATRIZA UN 60% MÁS DE PACIENTES CON ÚLCERA DE PIE DIABÉTICO*



CUANTO ANTES se inhibe el exceso de Metaloproteinasas, **ANTES** se cierra la herida



CUANTO ANTES se promueve la angiogénesis mejorando las condiciones del lecho (llegada de O₂ y nutrientes), **ANTES** se cierra la herida

Tul inhibidor de las Metaloproteasas con TLC-NOSF. Indicado para el tratamiento local de la úlcera de pie diabético no infectada, cuanto antes y hasta el cierre completo. Medidas disponibles: 5x7 y 10x10 cm.

*Michael Edmonds, José Luis Lázaro-Martínez, Jesus Manuel Alfayate-García, Jacques Martini, Jean-Michel Petit, Gerry Rayman, Ralf Lobmann, Luigi Uccioli, Anne Sauvadet, Serge Bohbot, Jean-Charles Kerihuel, Alberto Piaggese. Sucrose octasulfate dressing versus control dressing in patients with neuroischaemic diabetic foot ulcers (Explorer): an international, multicentre, double-blind, randomised, controlled trial. Lancet Diabetes & Endocrinology 2018 ;6 :186-196.