

“Manejo de la carga bacteriana en heridas crónicas mediante desbridamiento cortante y clorhexidina”

Las heridas crónicas son una realidad en el medio asistencial habitual. El envejecimiento poblacional, las secuelas de patologías crónicas y el aumento de la esperanza de vida, ha traído como consecuencia una población que vive más años pero también lo hace siendo más dependiente.

Uno de los principales síndromes geriátricos, que más disminución de la calidad de vida, provoca en las personas que lo sufren son las heridas crónicas. Estas pueden presentarse por múltiples etiologías, presión, vascular venosa, arterial-isquémica, neuropatía, etc...

Afectan cada año a un número importante de personas ancianas. Aunque la incidencia es una variable epidemiológica relevante, más lo es si cabe la prevalencia de este problema de salud en el tiempo, es decir, la conversión de estas heridas en crónicas.

Según datos del 2º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2005. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes, (publicado en el suplemento Helcos, de la revista Gerokomos, vol 17, nº 3, 2006); en Atención Primaria la prevalencia media fue de 9,11 % ± 10,9 % para los pacientes mayores de 14 años incluidos en el programa de atención domiciliaria; en las unidades de hospital, la preva-

lencia media fue de 8,91 % ± 12,20 %, y en los centros sociosanitarios la prevalencia media fue de 10,9 % ± 11,9 %. En todos los niveles asistenciales, el grupo de población mayoritariamente afecto era el de los mayores de 65 años (84,7%). La prevalencia adquiere mayor relevancia si se tiene en cuenta que estas heridas provocan molestias, incomodidad, dolor, y sufrimiento en el paciente. Esto se evidencia también en el estudio citado en el párrafo anterior. Así con información sobre 2.837 lesiones: el 23,2% son de estadio I, el 37,5% son de estadio II, el 27,0% son de estadio III, el 11,8% son de estadio IV y un 0,5% sin estadiar. La localización más frecuente fue el sacro seguido de los talones, en todos los niveles asistenciales.

Para otro tipo de lesiones con las úlceras de pie diabético y las úlceras vasculares, la cronicidad y recidiva son una constante también habitual. Se estima que el 25-30% de estas heridas son recidivantes tras el primer año de su cicatrización.

A esto, debemos sumar el perjudicial efecto para el normal proceso de cicatrización que ejerce, la presencia de tejido desvitalizado, detritus, esfacelos o necrosis sobre el lecho de la lesión. Haciendo que la carga bacteria de la herida aumente significativamente y pueda provocar un proceso infeccioso.

S. Cerame Pérez, Hogar de la Tercera Edad, Xunta de Galicia. A Coruña;
M. García Toro, R. A. "José González Barrero". Ayto. de Zafra. Badajoz.

Gráfico 1

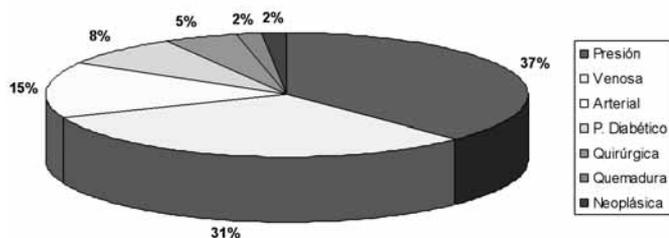


Gráfico 2

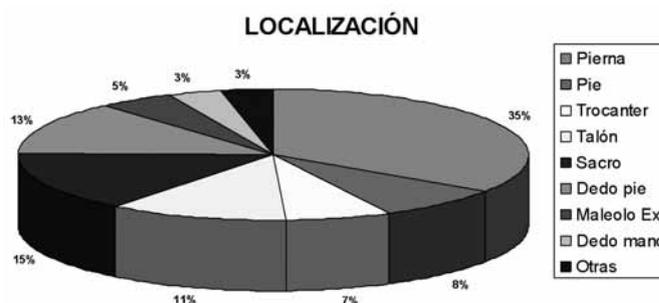
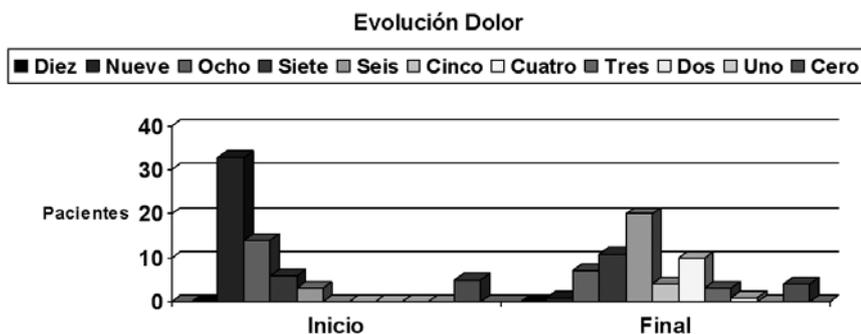


Gráfico 3



Objetivos

Evaluar la eficacia para el manejo de la carga bacteriana de la combinación de desbridamiento cortante y uso de clorhexidina en heridas crónicas. Evaluar la mejora de la calidad de vida en ancianos con heridas crónicas.

Fundamentos Teóricos

En la práctica, el profesional enfermero se encuentra con heridas que no cicatrizan con facilidad, que evolucionan de forma tórpida. Cuando las células del interior y de los bordes de la herida se vuelven senescentes (envejecen), no responden a ciertos tratamientos. Es necesario entonces una reconstrucción de la herida crónica, mediante un análisis enfocado a las diferentes anomalías fisiopatológicas que subyacen a las heridas crónicas.

Un enfoque global de la cronificación de las heridas pasa por el control de cuatro variables, tejido desvitalizado, inflamación e infección, volumen de exudado, y bordes epiteliales.

La presencia de tejido desvitalizado en el lecho de una herida, es un revulsivo para el normal desarrollo del proceso de cicatrización. Si se suprime el tejido no vascularizado, las bacterias y las células que impiden el proceso de cicatrización, se conseguirá un medio que estimula la formación de te-

jido sano. Por ello es muy importante que el desbridamiento elimine la carga celular y permita que se establezca un medio estimulante.

Las referencias bibliográficas consultadas ilustran varias alternativas para la eliminación del tejido no viable. Todas ellas pasan por una limpieza adecuada de la úlcera, un desbridamiento pertinente con las necesidades y características que presenta el paciente y el uso de un agente antimicrobiano en forma de antiséptico, antibióticos o apósitos de cura.

Una eliminación precoz del tejido desvitalizado acortará la duración del proceso de cicatrización y de la fase inflamatoria, promoviéndose la angiogénesis y la estimulación del tejido de granulación. Mediante el desbridamiento cortante se retira de forma rápida y selectiva el tejido desvitalizado, en diferentes sesiones y hasta el nivel de tejido viable. Se realiza con instrumental estéril y también en este caso habrán de extremarse las medidas de asepsia, dado que es una fase de especial proliferación bacteriana.

Material y Métodos

Basándonos en la evidencia enfermera expuesta anteriormente, se ha realizado un estudio casos. La población diana está compuesta por personas

Gráfico 4

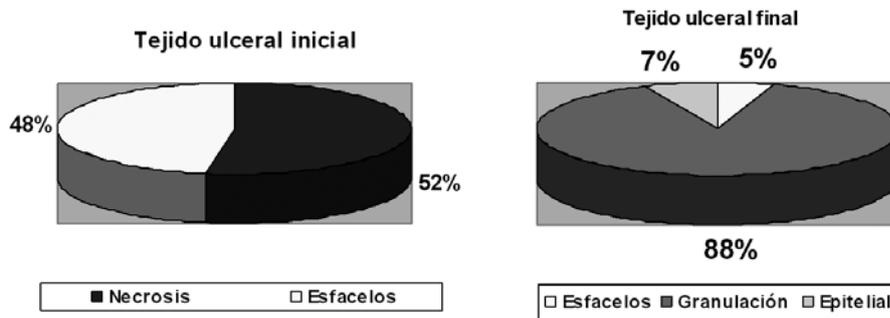
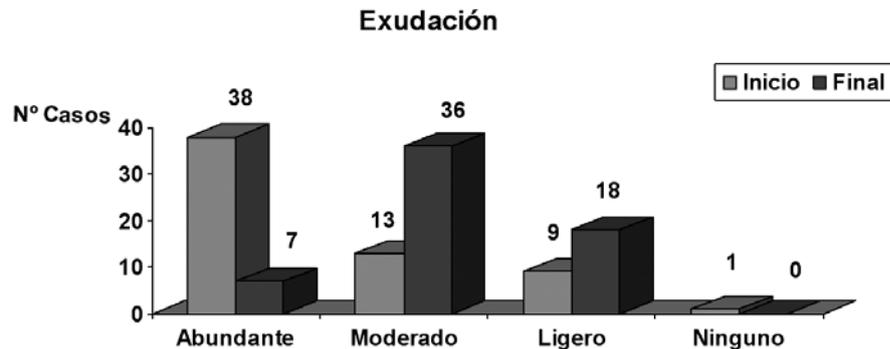


Gráfico 5



Bibliografía:

“Recomendaciones sobre la utilización de antisépticos en el cuidado de heridas crónicas” Documento VIII. GNEAUPP. 2002.
 “Desbridamiento de úlceras por presión y otras heridas crónicas” Documento Técnico IX. GNEAUPP. 2005.
 “Preparación del lecho de la herida en la práctica” Documento de Posicionamiento. EWMA. 2004.
 “2º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2005”. Rev. Gerokomos. Suplemento Helcos. vol 17 nº 13 septiembre 2006.
 “Úlceras de la Extremidad Inferior”. Josep Marinell-Roura. Ed. Glosa 2005.
 “Curación avanzada de heridas”. Patricio Andrades y cols. Rev. Chilena de Cirugía. Vol 56 - Nº 4, Junio 2004.

ancianas con heridas crónicas, cuyo lecho ulceral presenta tejido desvitalizado abundante. A todos se les practicó la retirada de tejido desvitalizado en varias sesiones y la aplicación de clorhexidina como profilaxis antiinfecciosa, mientras duró la fase de desbridamiento. Para valorar la evolución de los pacientes y su respuesta a esta opción terapéutica se diseñó un cuestionario de recogida de datos. Se recopiló información a cerca del historial de salud del paciente (Edad, antecedentes patológicos, estado nutricional, tratamiento habitual, etc...), también se valoró la herida que presentaban, describiéndose tipología, antigüedad, nivel de dolor, tipo de lecho ulceral, topometría, exudación, y presencia de signos o síntomas de infección. Tras la total retirada del tejido desvitalizado, se volvió a valorar la herida mediante la pressure ulcer scale healing en el caso de úlceras por presión y por comparación entre las variables recogidas a inicio y final en el caso de otras lesiones. El control del volumen de exudado infeccioso se realizó mediante el uso de apósitos antimicrobianos

y de foam y vendaje de sujeción o compresivo si procede.

Resultados

Se ha obtenido una muestra efectiva de 61 casos clínicos. La edad media muestral fue de 76,2 años. En un 92 % de los casos, el paciente presentaba alguna patología crónica o factor adverso para el proceso de cicatrización fisiológica. Con respecto al tipo de herida, se dio una distribución predominante de Úlceras por Presión 37 %, y Úlceras Vasculares Venosa 31 %. (Ver gráfico nº 1) La antigüedad media de estas úlceras fue de 10,5 meses y con una localización preferente en pierna 34,4 % y sacro 14,8 %. (Ver gráfico nº 2) Para evaluar la práctica clínica, del manejo de la carga bacteriana y el tejido desvitalizado mediante desbridamiento cortante y uso de clorhexidina, se ha evaluado al inicio del estudio y al final del mismo la superficie de la herida, la severidad Braden, el dolor atribuido a la úlcera, los signos y síntomas de infección, el tipo de tejido predominante, exudado y número de sesiones. La siguiente tabla

Algunos Casos



Inicio Caso 1



Final Caso 1



Inicio Caso 2



Final Caso 2

expresa la relación entre superficie y severidad al inicio y al final del estudio.

INICIO		FINAL	
Superficie Media	Severidad B. Media	Superficie Media	Severidad B. Media
44,55 cm ²	13,97	28,77 cm ²	10,78

Obteniéndose una reducción de superficie de Σ 35 % y σ 0,8 respecto a la inicial, y una reducción media de la severidad Braden de Σ 23 % y σ 3,48.

La evolución del nivel del dolor, (valorado por el paciente sobre 10) fue de una media de 7,7 al inicio a 5,5 al final del desbridamiento. El número de heridas con infección pasó de 57 casos a 4 tras el manejo expuesto de la carga microbiológica. (Ver gráfico nº 3)

El tejido del lecho de la herida, también sufrió cambios, predominando tras el desbridamiento y el uso del antiséptico, (clorhexidina), el tejido de granulación. (Ver gráfico nº 4)

El exudado también sufrió una disminución de su producción tras el abordaje en varias sesiones del tejido desvitalizado. (Ver gráfico nº 5)

Pasando de ser mayoritariamente abundante a ser moderado.

El número medio de curas realizadas, entre inicio y fin, de todos los casos clínicos a los que se les realizó el seguimiento, fue de 5,13 sesiones.

Conclusiones

Disminución de la carga bacteriana en la mayoría de los pacientes. Con evolución del lecho ulceral hacia la granulación y epitelización. Ningún caso presentó reacción a la irrigación con clorhexidina durante el estudio. Los pacientes manifestaron en su mayoría una disminución parcial o total del dolor secundario a la herida crónica. Mejorándose la calidad de vida de los pacientes y avanzando en la preparación del lecho ulceral previo a la cicatrización de las heridas.

Agradecimientos:

A los pacientes que voluntariamente o a través de sus familiares o allegados han dado su consentimiento para participar en el estudio.

A Laboratorios Salvat, S.A por la cesión del material clínico de curas para la realización del estudio, (Cristalmina®, Aposito Skinfoam®).