



MISCELÁNEA

DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR. REFLEXIONES SOBRE EL TRATAMIENTO ENFERMERO.

DETERIORATION OF THE TISSUE INTEGRITY. REFLECTIONS ON THE NURSING TREATMENT.

***Zapata Sanpedro, MA., **Castro Varela, L.**

*DUE. Centro de Salud Polígono Norte. Distrito sanitario A.P. Sevilla. **DUE. Centre hospitalier intercommunal Robert Ballanger. Alnay sous Bois. París. Francia

Palabras clave: Integridad tisular, enfermería, tratamiento enfermero
Key words. Tissue integrity, infirmary, nursing treatment

En la actualidad se ha suscitado el debate sobre la posibilidad de la prescripción enfermera. Hemos asistido a un sinfín de opiniones encontradas en las que se exponían diversas razones a favor y en contra. Uno de estos criterios a favor hacía referencia a que la enfermera realiza prescripciones de forma implícita, como puede ser cuando se trata el deterioro de la integridad cutánea y/o tisular, las heridas. Precisamente, este es uno de los terrenos donde las enfermeras tenemos asumidas desde hace tiempo una serie de competencias, gracias al desarrollo de nuestra labor independiente dentro del equipo multidisciplinar.

En este sentido, estamos en condiciones de afirmar que manejamos una amplia gama de productos farmacéuticos (parches, pomadas, etc.), de los que somos en la mayoría de los casos responsables en cuanto a decisiones terapéuticas, en su elección y en su manejo.

Es en este momento, justo cuando el colectivo de enfermeras reclama la capacitación -no reconocida, aunque ejercida en muchos casos- para prescribir una variedad de productos farmacéuticos dentro de su campo profesional, cuando debemos demostrar que aplicamos todos los conocimientos necesarios en la elección y en el manejo de dichos productos sanitarios.

Evidentemente, no resulta lo más adecuado que, ante una herida de cualquier tipo, una enfermera, en primer lugar, lo que se cuestione es qué tipo de apósito o de pomada debe aplicar, como si en la respuesta a esa pregunta se encontrara la solución de la herida.

Y en ningún caso puede y debe ser así, ya que es primordial que la enfermera en primer lugar valore la herida desde una perspectiva global, identificando su etiología y enfocando a esta el tratamiento. Como ejemplo de esto, aunque resulte obvio, debemos decir que de nada servirá un parche (cualquiera que sea este) en una úlcera por presión (UPP) si se mantienen constantes las presiones; o poco o ningún efecto surtirá una pomada en una necrosis isquémica sin un tratamiento médico adecuado.

Este es un aspecto fundamental en el cuidado de las heridas. Identificar su causa y tratarla, ya sea de forma independiente o en colaboración con el profesional médico, dependiendo de cada caso.

Por lo tanto, en el plan de cuidados del paciente con deterioro de la integridad tisular existen aspectos mucho más importantes que el tratamiento tópico, entendido este como un parche o una pomada. Serían una serie de intervenciones y actividades enfermeras, entre las que podemos citar las que mayor evidencia científica les avala, como el control de presiones (en UPP); manejo de la hiperglucemia (en pacientes diabéticos); vigilancia de la piel; enseñanza: procedimiento/tratamiento, como la importancia de un vendaje elástico multicapa en úlceras de etiología exclusivamente venosa ^[1,2]; o la derivación (que no deja de ser otra intervención enfermera) al cirujano vascular de un paciente que presente úlceras arteriales o isquémicas.

Todas estas medidas resultan imprescindibles (la enfermera sí puede prescribirlas), cada una en función del caso concreto ante el que nos encontremos. Asimismo, existen una serie de actividades e intervenciones enfermeras comunes a todos los casos, de extremada importancia también, como puede ser la educación sanitaria al paciente o a la familia (sobre todo en atención primaria, pues van a ser los que convivan con la herida 24 horas al día), para poder aspirar a lograr los criterios de resultados esperados.

En este punto, resulta básico ante cualquier herida insistir en la necesidad de una adecuada higiene de la herida y de la piel. Ni la mejor de las enfermeras, ni el paciente, ni la familia tienen capacidad para cerrar heridas de un día para otro, pero sí pueden y deben garantizar una adecuada higiene de la misma, como punto de partida para evitar infecciones y apoyar el proceso fisiológico de cicatrización. ^[3]

Según los estudios, tan válido resulta el suero como la limpieza con agua y jabón (como puede ser el de glicerina), aunque el primero es más caro. Ambos nos permiten diluir y arrastrar hacia fuera de la herida cualquier elemento extraño a la misma. ^[4]

En cambio, pensar en el primer momento en qué parche poner, o si tal pomada o tal otra, no habla precisamente a favor de la prescripción enfermera de fármacos específicos para estos casos. Y más si cabe, teniendo en cuenta lo comentado, que su importancia en el logro de la curación como objetivo es relativa (escasa, si no se emprende el conjunto de medidas oportunas).

Como ejemplo, a nadie se le ocurrirá pensar que una herida quirúrgica no cure si no se le administra povidona yodada o cualquier antiséptico.

La labor de la enfermera ante una herida quirúrgica, siguiendo este ejemplo, es mucho más importante, como valorarla periódicamente (así como el estado general del paciente), y garantizar su limpieza e higiene, y advertir cualquier problema de forma temprana, más que poner un poco de povidona yodada en el sitio quirúrgico.

Aún así, un pensamiento común en la población es que si no se le pone eso a la herida (aunque la enfermera cumpla con toda su tarea escrupulosamente), “no la han curado”. Y en muchas ocasiones aparece la complacencia en forma de povidona yodada.

Este pensamiento, hasta cierto punto, es normal entre personas que desconocen la materia. Pero resulta un poco más sorprendente cuando se trata de profesionales enfermeros, que al encontrarse con cualquier herida parece que no la han curado si no le ponen ninguna pomada o parche. Aunque realmente hayan tomado todas las medidas generales necesarias (control de presiones; control metabólico; educación sanitaria, derivación, medidas para favorecer el retorno venoso, etc.). Aunque realmente no sea necesario, o incluso pueda llegar a ser contraproducentes.

Ese uso sin razonamiento conlleva a que difícilmente obtengamos el “beneficio” que pueda conllevar su uso (dudoso en la mayoría de las ocasiones, ^[5] con una pobre evidencia científica que lo avale), y que a su vez estemos exponiendo al paciente y a la zona de la herida a una serie de perjuicios, de efectos adversos; que, como cualquier fármaco, los presentan.

Por tanto, su uso debe ser valorado por el profesional a priori, en base a criterios científicos.

En referencia a este tema, resulta bastante interesante abordar el tema de los antibióticos tópicos, de los cuales disponemos de una variedad, y de uso muy frecuente por parte enfermera en la práctica clínica.

En primer lugar, hemos de recordar que una herida infectada deja de ser un problema independiente de la enfermera, y pasa a ser un problema de colaboración con el médico. ^[6]

A pesar de nuestra autonomía profesional y nuestros conocimientos, la prescripción de antibióticos no es una de nuestras funciones, ni siquiera de los tópicos. Y que debería ser valorado conjuntamente con el profesional médico, aunque ambos aportaran sus opiniones y conocimientos en pro de una buena evolución de la herida infectada.

Pero aún así, en muchas ocasiones, cuando se objetivan dos o más signos de infección (calor, elevación de los bordes, aumento del exudado, crepitación, enrojecimiento, incremento del dolor, etc.), o un riesgo importante de infección son utilizados por muchos de nosotros en base a este razonamiento. Aunque no penetren en el lecho de la herida y sólo sean útiles a nivel superficial. ^[1]

Pero en otros muchos casos, estos fármacos se utilizan aún sin objetivarse tal estado de infección clínica. Y en otras muchas ocasiones, su uso se hace de forma abundante (como si por poner más cantidad fuera a cicatrizar antes la herida, o eliminar más eficazmente la infección), o durante un tiempo prolongado (de forma contraria a cualquier recomendación científica de uso de estos fármacos).

En definitiva, los posibles beneficios parecen confusos ^[5] en muchos estudios, pero exponemos al paciente a una serie de riesgos, como puede ser al exceso de humedad (todas las pomadas pueden provocarlo, y mayor riesgo cuanto más cantidad se aplique), que puede dar lugar a lesiones por humedad (heridas), maceración, etc.; y, por otro lado, favorecer la aparición de resistencias bacterianas ^[6]. Muy frecuente es el hecho, por ejemplo, de aplicar sulfadiacina argéntica en quemaduras, estén o no infectadas. Y muchas enfermeras han observado tras su aplicación durante unos días la aparición de un exudado de color verdoso, indicativo de la presencia de pseudomonas, que precisamente es una de las bacterias más sensibles a dicho producto, pero que termina por convertirse en resistente; encontrando asimismo un medio húmedo ideal para su desarrollo. En cambio, reiteramos

una y otra vez el mismo tipo de tratamiento. Por lo que la comunidad científica expone la necesidad de un uso seguro y efectivo de estos compuestos para reducir el riesgo de resistencias. [7]

Una herida infectada, desde el punto de vista enfermero necesitará de curas diarias, con el fin de mejorar la limpieza de la zona, que normalmente se encontrará con un incremento del exudado. [3]

Además, resultará muy útil eliminar el tejido desvitalizado de la herida, ya que es el lugar donde habitualmente mejor asientan las colonias de bacterias, aprovechando que es tejido donde no llega la sangre; y, por tanto, tampoco lo hacen ni los elementos de defensas presentes en ella, ni un posible tratamiento antibiótico sistémico que esté siendo administrado. Por lo tanto, incluso mejor que un antibacteriano tópico resulta extremar la higiene y la eliminación de ese tejido desvitalizado, mediante las técnicas conocidas (mecánico, cortante, químico, etc.). [3] Este es un caso en que habiendo infección podría resultar más interesante la colagenasa que antibióticos, pero sólo lo imprescindible.

Incluso podemos erradicar la infección con antibióticos tópicos, pero si no se alteran las condiciones en la que esta se vio favorecida, muy probablemente nos encontremos con nuevas y repetidas infecciones en el mismo sitio.

Caso similar es el de otro signo, como el olor, que ciertamente resta calidad de vida al paciente y su familia, así como resultar molesto para el profesional. Existe variedad de productos para tratarlo, pero como en el caso anterior, si no tratamos el origen, una y otra vez nos enfrentaremos a dicho problema. Y nunca acabaremos con este.

El mal olor se suele deber a infección por unos determinados microorganismos, que encuentran un medio de vida favorable en ciertas heridas, sobre todo en el tejido desvitalizado.

Por lo tanto, más que tratar la infección, convendría una higiene extrema de la zona, y mantenerla lo más limpia posible la zona de tejido muerto, que dificultará la aparición de dicha infección.

Asimismo, nos encontramos para el manejo de las heridas con una serie de parches que dicen ser efectivos en el mantenimiento del exudado, o en el aislamiento de la herida. Pero muchos de ellos, una vez recogen una cantidad de exudado variable (de moderado a abundante) no son capaces de retenerlo, manteniéndolos en contacto con la herida, o devolviéndolos a la misma, como son buena parte de las espumas.

Este caso es más llamativo en las úlceras por presión, sobre todo en sacro, pues al hacer los cambios posturales, es frecuente observar que cuando vuelve el paciente al decúbito supino en los necesarios cambios posturales, algunos parches liberan ante la presión ejercida parte del exudado que ha manejado, creando un ambiente húmedo ideal para la colonización bacteriana, favoreciendo la lesión de la piel perilesional y macerando los bordes de la herida.

¿Cuántas veces no hemos descubierto una herida y entre el parche (ciertas espumas, o un hidrocoloide, etc.) y la piel hemos visto una buena cantidad de exudado acumulado?

También se muestran con una eficacia al menos dudosa a la hora de impermeabilizar la herida, a pesar de los bordes que se le añaden a dichas espumas. Una vez que el paciente

se mueve, es normal visualizar zonas por donde pueden entrar elementos extraños en la herida, como puede ser la orina y las heces, por lo que está la herida expuesta a todo tipo de agentes.

Ese ambiente húmedo es aún mayor si, como suele ser frecuente, se utilizan pomadas.

Lo que se puede añadir al respecto es que en heridas con niveles de exudado de moderado a abundante, es frecuente que cualquier pomada se diluya y sea arrastrada fuera de la herida; y si su efectividad es dudosa, menor aún será si la encontramos en el apósito secundario; y, además, aumentando la carga global de humedad en la zona.

Y cuando se refiere a la eficacia dudosa de los antibióticos tópicos, a nadie se le escapa que, como ejemplo, ante cualquier infección en una herida de un pie diabético, está debe ser tratada de forma agresiva, bien con antibioterapia oral o intravenosa (dependiendo el tipo de infección, si existe osteomielitis, etc.), pues una infección de este tipo supone, cuando menos, una amenaza directa para el miembro afectado, e incluso para la extremidad o para la salud general del propio paciente.^[8] En estos casos de infección en un pie diabético, a nadie se le ocurrirá tratarla con antibioterapia tópica de forma aislada, pues se puede convertir en poco más o menos que una imprudencia.

Y en el caso de otro tipo de pomadas, los hidrogeles se usan para conseguir ese grado de humedad óptimo para la cicatrización de heridas, y que a su vez pueden favorecer la eliminación del tejido desvitalizado.

Pero entonces, no tiene mucho sentido añadir un hidrogel en heridas exudativas o muy exudativas, pues precisamente, si le sobra algo a la herida es humedad. Y en cambio, si se explica su utilización para favorecer el desbridamiento autolítico, recordar que este no lo genera la pomada, sino el propio organismo en unas ciertas condiciones de humedad, siendo quizás más viable otro tipo de solución.

En este caso también estamos añadiendo “más suciedad” sobre una herida (al destapar la herida podremos observarla), con escasos beneficios, y aumentando considerablemente los riesgos de lesión por humedad o de infección.

Por todo esto, debemos insistir en la necesidad de que el profesional enfermero se ajuste a los criterios científicos más actuales a la hora de elegir cualquier producto farmacéutico para el tratamiento del deterioro de la integridad tisular, valorando a priori sus posibles beneficios, y también sus riesgos, que como cualquier fármaco, los presentan. Y valorándolos cuidadosamente a lo largo de su aplicación.

Pero que en cualquier caso, el rol independiente de las enfermeras en este campo no se limita simplemente a la elección de un determinado productos. Más bien, dentro de nuestro campo propio de conocimientos disponemos de una serie de medidas -intervenciones- que resultan muy importantes para conseguir la curación de las heridas, que es un criterio de resultado incluido en muchos planes de cuidados enfermeros.^[9]

Aplicando estas intervenciones y actividades enfermeras (cada una dependiendo del caso: control de presiones, manejo de la hiperglucemia, higiene, educación sanitaria, vigilancia de la piel, derivación, etc.) ya estamos realizando nuestra labor ajustada a la práctica clínica enfermera, “prescribiendo” lo más importante para el cuidado de las heridas.

Y respecto al cuidado local de las heridas, tratar de mantener la herida lo más limpia posible, libre de tejido esfacelado y con una carga de humedad ajustada, para fomentar el proceso de cicatrización y minimizar los riesgos, utilizando de forma razonada y razonable los distintos productos existentes en el mercado a nuestra disposición, siendo conscientes de que ninguno de ellos “cura” y de que somos los responsables en su elección y en su manejo.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Blanes-Mompó JI: “Uso tópico de fármacos y apósitos en la úlcera venosa”. XIII congreso nacional del capítulo de flebología de la SEACV. Abril 2005. Girona. [Acceso: 23 Sep 2007] Disponible en: <http://www.angiologia.es/pdf/Web/57S01/bkS01S047.pdf>
- (2) Moffatt C: “Four-layer bandaging: from concept to practice. Part 3: Evidence base for treating venous leg ulcers” [Acceso: 04 Ago 2007] Disponible en: <http://www.worldwidewounds.com/2006/june/Moffatt/Four-Layer-Bandage-System-Part3.html>
- (3) Serra N: “Tratamiento local de las úlceras”. En Anales de Cirugía Cardíaca y Vascular 2001;7(4):326-335 [Acceso: 02 Sep 2007] Disponible en: http://www.nexusediciones.com/pdf/cv2001_4/ac-7-4-041.pdf
- (4) García Fernández FP, Pancorbo Hidalgo, PL, Rodríguez Torres MC, Bellido Vallejo JC.: “¿Agua del grifo para la limpieza de heridas?”. Evidentia 2005 sept-dic; 2(6). [Acceso: 05 May 2007] Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n6/143articulo.php>
- (5) Cooper R: “A review of the evidence for the use of topical antimicrobial agents in wound care”. [Acceso: 04 Ago 2007] Disponible en: <http://www.worldwidewounds.com/2004/february/Cooper/Topical-Antimicrobial-Agents.html>
- (6) Luis Rodrigo MT: “Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía practica”. Ed. Masson. 2ª edición. Barcelona, 2002.
- (7) - (c) Maillard JY, Denyer SP: “Focus on silver”. [Acceso: 02 Sep 2007] Disponible en: <http://www.worldwidewounds.com/2006/may/Maillard/Focus-On-Silver.html>
- (8) Úlceras.net: “Generalidades sobre el pie diabético”. Madrid, 2007. [Acceso: 30 May 2007] Disponible en: <http://piediabetico.net/piediab.htm>
- (9) Jonson M. et al.: “Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC.” Ed. Hartcourt. 1ª edición. Madrid, 2002.

ISSN 1695-6141

© COPYRIGHT Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia