

REVISTA CHILENA DE

HERIDAS &

OSTOMÍAS

▶ IMPLICANCIAS PSICOLÓGICAS EN LA UPP

▶ REVASCULARIZACIÓN EN PIE DIABÉTICO

▶ CUIDADOS DE LA OSTOMÍA

▶ ABDOMEN ABIERTO

▶ EXPERIENCIAS DE ENFERMERÍA

▶ RUTA SOLIDARIA DE LAS HERIDAS



FUNDACIÓN
INSTITUTO
NACIONAL DE
HERIDAS

Algo más que una máquina

El sistema que ha flexibilizado la terapia de presión negativa para mejorar la vida de los pacientes

 smith&nephew

RENASYS[◇] GO

RENASYS[◇] EZ PLUS

Terapia de Presión Negativa



nuevo

PICO[◇]

Terapia de Presión Negativa
de un solo uso

DESCUBRE MÁS DE
RENASYS[◇] EZ PLUS
ESCANEAR ESTE CÓDIGO



DESCUBRE MÁS DE
RENASYS[◇] GO
ESCANEAR ESTE CÓDIGO



- **Director:**
Dr. Sergio Valenzuela Roediger
Cirujano Vascular Clínica Las Lilas y
Hospital Clínico San Borja Arriarán
- **Editora en Jefe:**
E.M. Patricia Morgado
Asesora Fundación Instituto Nacional de
Heridas
- **Comité Editorial:**
Dr. Cristián Salas
Cirujano Vascular Clínica Las Condes y
Hospital del Salvador
Dr. Alejandro Barrera
Coloproctólogo Clínica Las Lilas y Hospital
San Borja Arriarán
Dr. Felipe Corvalán
Cirujano Vascular Clínica Santa María y
Hospital del Salvador
Dr. Rodrigo Julio
Cirujano Vascular Clínica Indisa y Hospital
del Salvador.
E.U. Ingrid Soto
Enfermera Estomaterapeuta U. de
Concepción
E.U. Isabel Aburto
Presidenta Fundación Instituto Nacional de
Heridas
- **Comité Asesor FINH**
E.U. Isabel Aburto
Presidenta Fundación Instituto Nacional de
Heridas
Paula Vio
Periodista Fundación Instituto Nacional de
Heridas
- **Publicación de la Fundación**
Instituto Nacional de Heridas
- **Dirección:**
Rancagua 509, Providencia.
56-22237667 - 56-222748352
info@heridas.cl
- **Representante Legal:**
E.U. Isabel Aburto
- **Edición de textos:**
E.M. Patricia Morgado
- **Diseño:**
Luz María González
www.redcreativa.com
- **Impresión:**
Salesianos Impresores S.A

Todos los derechos reservados
Registro Propiedad N° 259034

TEMARIO

ARTÍCULOS

- ▶ **FACTORES PSICOLÓGICOS IMPLICADOS EN LA PROBLEMÁTICA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN** 5
UNA MIRADA CLÍNICA INTEGRAL
Javiera Parragué
 - ▶ **EXPOSICION DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS** 11
Marcelo Castillo
 - ▶ **ENFERMEDAD VASCULAR Y ÚLCERAS EN EL PACIENTE DIABETICO** 15
ENFOQUE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO ACTUAL
Felipe Corvalán
 - ▶ **USO DEL SISTEMA VAC (VACUUM-ASSISTED CLOSURE)** 25
PARA EL MANEJO DE LA DEHISCENCIA E INFECCIÓN DE LA HERIDA OPERATORIA PERINEAL POSTERIOR A UNA RESECCIÓN ABDOMINO-PERINEAL
Sebastián Pradenas, Cristián Gallardo, Manuel Quiroz, Guillermo Bannuwa, Felipe Illanes, Carlos Melo, Alejandro Barrera
 - ▶ **CÁNCER COLORRECTAL Y PACIENTE OSTOMIZADO** 30
UN DESAFÍO PARA ENFERMERÍA
Ximena Meneses
 - ▶ **ESTOMAS INTESTINALES** 35
¿POR QUÉ DEMARCAR?
Andressa F. Guimarães, João J. Gomes, Mayara M. Raposo, Nayara R. Gerez, Simone D. Lorangeira
 - ▶ **MANEJO DEL ABDOMEN ABIERTO** 39
Alejandro Readi, José Luis Quezada, Eugenio Grasset.
 - ▶ **LA CONTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES EN EL CUIDADO DE SUS HERIDAS** 51
EL CASO DE LA "AGRUPACIÓN DE AUTO CUIDADO ESPERANZA VIVA"
Sandra Jofré, Alejandra Vidal, Autor de correspondencia: Sandra Jofré.
 - ▶ **RUTA SOLIDARIA DE LAS HERIDAS POR CHILE** 72
Isabel Aburto
- ### CASOS CLÍNICOS
- ▶ **ESTENOSIS DEL ESTOMA TRAQUEAL** 58
Patricia Laimé
 - ▶ **ANGIOPLASTIA EN PIE DIABETICO** 63
Felipe Corvalán
 - ▶ **COLGAJO DE MÚSCULO SARTORIO Y USO DE TENSION NEGATIVA** 68
Sergio Valenzuela

AGRADECIMIENTOS



Fundación Instituto Nacional de Heridas (FINH), se ha convertido en estos 10 años de funcionamiento en una Institución dedicada a fortalecer la enseñanza y la educación en el manejo de las buenas prácticas en el tratamiento de heridas y úlceras, tanto a nivel nacional como latinoamericano. Entre las tantas actividades que realiza durante el año para cumplir con este objetivo, FINH ha realizado la Sexta Edición de la Revista Chilena de Heridas & Ostomías, publicación única en Centro y Sur América, que permite enriquecer la comunidad del área de la salud de nuestro país y del extranjero a través de los diferentes artículos, casos clínicos y experiencias de enfermería en el manejo de heridas y úlceras que emanan de esta Revista.

Deseo agradecer una vez más a todos los que de distintas formas fueron partícipes de esta publicación, a su Director, al equipo editor, al comité asesor, a la periodista, a la diseñadora y, por supuesto, a los profesionales que año a año dedican un tiempo valioso a elaborarla. También quiero agradecer a las empresas privadas, a las Universidades y a las Sociedades Científicas por participar con publicidad en esta valiosa publicación. Deseo expresar también mis agradecimientos al Directorio de la Fundación Instituto Nacional de Heridas por el apoyo unánime a esta Sexta publicación.

¡Gracias a todos por continuar apoyándonos!

A handwritten signature in blue ink, consisting of the letters 'JA' followed by a stylized flourish that extends into a long horizontal line.

*E*n un año en que el tratamiento de heridas crónicas se ha extendido por el país, avanzando para estar más cerca del lugar que le corresponde a un problema de salud que impacta tan profundamente a quienes las padecen, debemos insistir en la importancia de agregar valor a nuestra labor.

La máxima sería no ser simplemente tratantes de nuestros pacientes, sino dar el paso siguiente, quizás el más difícil, que podría cambiar el cómo enfrentamos el problema. Es el momento en que debemos comunicar nuestras experiencias, realizar trabajos de investigación científica y comenzar a buscar mejores soluciones que se apliquen a nuestras diversas realidades. Los aportes de diferentes grupos de desarrollo permitirán el crecimiento de nuestra especialidad y de esta forma entregar mejores herramientas a los profesionales y, por lo tanto, a los pacientes.

No debemos olvidar que la misión de nuestra revista es permitir la educación continua, comunicando los avances científicos y técnicos en el tratamiento de heridas y ostomías, facilitando la divulgación del conocimiento en el creciente número de profesionales enfocados a mejorar las condiciones de atención de miles de pacientes. Es por esto que los invito a participar como lectores y, sobre todo, como autores que pueden realizar un aporte a toda la comunidad científica enviando sus experiencias, casos clínicos o artículos de revisión.

En esta edición de la Revista Chilena de Heridas y Ostomías los invito a leer una amplia gama de temas donde destacamos el manejo e implicancias psicológicas de las úlceras por presión. Además podrán leer revisiones de temas de alto interés, como la revascularización en el pie diabético, la exposición de materiales de osteosíntesis, la utilización de la tensión negativa en la dehiscencia en resección abdomino - perineal y los resultados de la Ruta Solidaria de las Heridas por Chile entre otros que de seguro cautivarán su atención.



Dr. Sergio Valenzuela Roediger

Director Revista Chilena de Heridas & Ostomías



MISIÓN:
CURAR LAS
HERIDAS
CAPACITANDO
PARA UNA
MEJOR VIDA

ACTIVIDADES

- **Capacitación**
- **Campañas Solidarias**
- **Elaboración de Guías Clínicas en Manejo de Heridas**
- **Revista Chilena de Heridas y Ostomías**
- **Día Nacional de Heridas 3 de Septiembre**
- **Alianzas con: Entidades Gubernamentales, Universidades y Empresas Privadas**
- **Proyectos de Investigación**

Beneficios Socios

- **Descuentos 5 % en Post Título Manejo de Heridas**
- **Entrega gratuita de Revista Chilena de Heridas & Ostomías**
- **Entrega gratuita de guías clínicas elaboradas durante el año**
- **Descuento en compra de guías clínicas de ediciones anteriores**
- **Descuentos en insumos clínicos**
- **Valores preferenciales en servicios jurídicos y estética**

Valor anual: 2 UF desde el 1 de Enero al 30 de Junio. 2.5 UF desde 1 de Julio al 31 de Diciembre

FACTORES PSICOLÓGICOS IMPLICADOS EN LA PROBLEMÁTICA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

UNA MIRADA CLÍNICA INTEGRAL

Psic. Javiera Parragué M.

Psicóloga clínica, licenciada en Psicología, especialista en psicopatología.

Docente clínica en Instituto Psicológico IPEC y Centro Médico Cervantes.

Correo electrónico: javieraparrague@gmail.com

Teléfono: (+56 9) 67556187

El presente artículo está basado en una investigación bibliográfica que se orienta a destacar el rol que desempeña la Psicología en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión (UPP). Comprendiendo los factores psicológicos que interfieren en este trauma cutáneo y tisular, los cuales contemplan tanto la sintomatología como los problemas de salud mental que enfrenta el paciente a causa de la discapacidad física grave como diagnóstico base, junto a otras condiciones relativas a: déficit asistencial en sus cuidados, estado mental y a los efectos psicológicos que producen la exposición prologada al dolor como resultado de dicho trauma, como también las consecuencias psicológicas que enfrenta el cuidador primario que frecuentemente corresponde a un miembro de la familia que se encuentra desprovisto de redes de apoyo, recursos financieros e información técnica adecuada para enfrentar esta situación, quedando expuesto a un problema de salud mental denominado: Síndrome de Carga del Cuidador.

Palabras Claves: Factores psicológicos, Síndrome de Carga del Cuidador, síntomas psíquicos, patologías salud mental.

ABSTRACT

This article is based on a bibliographic research, which aims to highlight the role that psychology plays in the prevention and treatment of pres-

sure ulcers (PU). Understanding the psychological factors that interfere in the skin and tissue trauma, which include both the symptoms and the mental health problems faced by the patient because of severe physical disability as basis diagnosis, along with conditions related to: care deficit in their care, mental state and psychological effects that are produced because of a prolonged exposure to pain as a result of such trauma. As well, the psychological consequences faced by the primary caregiver, who frequently corresponds to a family member, which is devoid of support networks, adequate financial resources and technical information to face this situation; being exposed to a mental health problem called: Caregiver Burden Syndrome.

Key Words: Psychological factors, Caregiver Burden Syndrome, psychological symptoms, mental health pathology.

INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión (UPP), si bien constituyen un problema de salud de índole fisiológico⁽¹⁾ puesto que involucran un trauma cutáneo o de tejidos adyacentes como resultado de la presión prolongada en zonas de protuberancias óseas y/o cartilaginosa⁽²⁾, también están interferidas por factores de riesgo, en primer lugar relativos al paciente y sus condiciones de salud: factores intrínsecos, y en segundo lugar, características de su ambiente que influyen en los cuidados: factores extrínsecos⁽³⁾. También están implicados otros factores transversales que involucran tanto al paciente como su contexto primario, que es la familia; éstos son los factores psicológicos inherentes a la problemática de UPP.

Debido a que estos pacientes tienen como condición discapacidad física grave o movilidad reducida, dependen en su totalidad de un cuidador

para satisfacer sus necesidades básicas (alimentación, higiene, administración de medicamentos y procedimientos de salud, entre otros)⁽⁴⁾; con frecuencia este rol es desempeñado por un miembro específico de la familia, que debe postergar sus actividades laborales y sociales para llevar a cabo esta función con el paciente; sin embargo, dicha actividad puede llegar a ser tan demandante y agotadora que el cuidador puede sufrir síntomas psíquicos procedentes de la sobrecarga que experimenta durante este proceso⁽⁵⁾. Cuando éstos se intensifican o prolongan, el malestar psicológico culmina en un problema de salud mental denominado Síndrome de Cuidador (SC) o Síndrome de Carga del Cuidador (SCC), trastorno que puede involucrar importantes consecuencias para el funcionamiento y bienestar de la persona, lo que sin duda interfiere severamente en el manejo del paciente⁽⁶⁾. Este, a su vez y dada su condición de salud (diagnóstico de base), junto con una disminución en su calidad de vida a causa del deterioro cutáneo y tisular proveniente de las UPP y la intensidad de dolor que caracteriza dicho trastorno⁽⁷⁾, podría exponerse no sólo a importantes repercusiones fisiológicas, sino también estaría enfrentado a graves consecuencias relativas a su salud mental. Es más, 50% de los pacientes de edad avanzada con compromiso físico y cognitivo enfrentan síntomas de esta índole que pueden culminar en trastornos psíquicos⁽⁸⁾; por consiguiente, frente a esta situación, podrían ser dos las personas en calidad de pacientes con psicopatologías que requieran ser objeto de atención profesional de salud, lo cual sugiere que esta problemática debería afrontarse mediante un abordaje interdisciplinario que comprenda prevención y tratamiento integral. Dentro de éste se destaca el rol que desempeña la Psicología, la que basa sus estudios en el comportamiento y procesos mentales de los

seres humanos, los cuales subyacen a los trastornos fisiológicos⁽⁹⁾.

El presente artículo se basa en aquellas investigaciones actualizadas sobre los factores psicológicos implicados en la problemática de UPP, desde la sintomatología y alteraciones psicológicas que pueden experimentar los cuidadores primarios a cargo del manejo ambulatorio de éstas⁽⁶⁾, hasta las consecuencias psicológicas que puede sufrir el paciente dado su condición de salud, junto a factores psicosociales que interfieren en su calidad de vida⁽⁸⁾.

FACTORES PSICOLÓGICOS DE CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN.

Las personas que sufren discapacidad grave son las que están más desprovistas de actividades comunitarias y servicios oportunos para el manejo de su problema⁽¹⁰⁾, por lo que cuentan principalmente de apoyo informal, que en su mayoría corresponde a la familia; es más, normalmente es sólo un miembro de este núcleo⁽⁴⁾ quien satisface por completo las necesidades básicas y secundarias del paciente⁽¹¹⁾; esta persona se denomina: Cuidador Primario⁽¹²⁾, quien con frecuencia no cuenta con los recursos elementales para llevar a cabo su función, debido a que se expone a sobrecarga en sus deberes⁽⁶⁾, tiene información técnica deficiente⁽¹³⁾, ausencia de financiamiento y redes de apoyo, aspectos que pueden culminar no sólo en conductas negligentes⁽¹⁴⁾, sino también en un problema de salud mental que se define como: Síndrome de Cuidador (SC) o Síndrome de Carga del Cuidador (SCC)⁽⁶⁾. Este síndrome consiste en un trastorno mental relativo a la función de cuidador y se puede presentar tanto en contextos formales (personal enfermería) como

en contextos informales (familiares); los segundos, dado la falta de recursos técnicos, económicos y psicosociales, están más expuestos a sufrir este tipo de trastorno,⁽⁶⁾ que se caracteriza por manifestar un conjunto de síntomas psíquicos que interfieren significativamente en el bienestar de la persona, dentro de los cuales se destacan: ambivalencia afectiva, ansiedad, angustia, cansancio, trastornos del sueño, alteraciones en el estado de ánimo con predominio de tristeza, irritabilidad, cambios conductuales, sentimiento de culpa, entre otros⁽¹⁵⁾; sin embargo, dado las características mixtas de la sintomatología (depresiva y ansiosa), el diagnóstico diferencial del SCC se torna altamente complejo, puesto que los criterios descriptivos de la presente psicopatología concuerda con varios trastornos de cualidades similares, como son: Neurastenia (F48.0 - CIE-10), Trastorno mixto ansioso-depresivo (F41.2 - CIE-10/DSM-IV), Trastornos Adaptativos (F43.2 - CIE-10) y Reacción mixta de ansiedad y depresión (F43.22 - CIE-10)⁽⁶⁾.

Por lo tanto, es fundamental que, junto con la prevención y tratamiento que se otorga a los pacientes que sufren discapacidad física con consecuencias de UPP, se deba supervisar al cuidador en su manejo mediante cooperación educativa, como también evaluar y proceder a un seguimiento psicológico sobre el nivel de sobrecarga que puede experimentar⁽¹⁶⁾ puesto que, a partir de ello, se previenen patologías de mayor complejidad que interfieren en el bienestar de la propia persona y del paciente. Para tales fines, a nivel internacional se utiliza la Escala de Sobrecarga del Cuidador, Test de Zarit, la cual evalúa en sus distintas dimensiones la percepción de sobrecarga de los cuidadores. En un comienzo se orientaba principalmente al rol de cuidados relativos a trastornos mentales, pero en la actua-

lidad es aplicable a cualquier persona que provea permanentemente de la satisfacción de necesidades básicas a un miembro de su familia que esté incapacitado de cuidar de sí mismo ⁽¹⁷⁾.

FACTORES PSICOLÓGICOS DE PACIENTES QUE SUFREN ÚLCERAS POR PRESIÓN.

El Informe Mundial sobre Discapacidad proporcionado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2011 revela que 3,8% (190 millones) de la población mundial cuenta con diagnóstico de discapacidad grave ⁽¹⁰⁾, lo que expone la prevalencia de personas carentes de salud y autonomía que se arriesgan a padecer problemas concomitantes a la discapacidad como son las UPP, que si bien tienen importantes repercusiones fisiológicas ⁽¹⁾, a su vez, están interferidas por otros factores de índole psicológica que transversalmente empeoran la calidad de vida del paciente; éstos son:

Negligencia:

Las UPP dependen en mayor grado del cuidador primario, quien, si proporciona condiciones externas deficientes como ausencia de higiene, temperatura y humedad inapropiada, superficies de apoyo incorrectas, falta de cambios posturales, entre otros ⁽¹²⁾, no sólo tendrán efectos fisiológicos como son las UPP ⁽⁴⁾, sino que también repercutirá psicológicamente en el paciente que, al percibir el déficit asistencial, puede experimentar diversos síntomas psíquicos, tales como: angustia frente a su integridad, tristeza, estrés, sentimientos de culpa, baja autoestima, conductas de temor e inseguridad, entre otros ⁽¹⁸⁾.

Estado Mental:

Es primordial, tanto en la prevención como en el tratamiento de las UPP, evaluar el estado mental

del paciente, puesto que de este factor dependerá no sólo el riesgo de padecer o complejizar las alteraciones de UPP, sino también las manifestaciones sintomáticas de los factores de riesgo psicofisiológicos que interfieren en éstas ⁽⁸⁾. Si no hay evidencia de alteraciones cognitivas, el paciente tiene la facultad de verbalizar sus sintomatologías, lo que facilita una pronta evaluación de su salud mental; no obstante, si hay presencia de alteraciones neurológicas, el abordaje se torna complejo, más no imposible, considerando que sólo se puede acceder a los signos físicos y conductuales provenientes de las UPP, tales como: conductas agresivas, confusión, fatigas inusuales, alteraciones en el apetito, inquietud motora, signos de pauperización injustificada, etc. ⁽¹⁸⁾

Dolor:

Uno de los síntomas más característicos de las UPP es el dolor que el paciente experimenta a causa de la lesión fisiológica ⁽¹⁶⁾. Desde el ámbito de la salud mental, la cronicidad e intensidad de esta sintomatología podría dar como resultado un trastorno depresivo de diversa índole concordante con factores intrínsecos y extrínsecos del paciente ⁽¹⁹⁾. En presencia de alteraciones neurológicas se dificulta la indagación subjetiva del dolor, por lo que éste se podría evidenciar a través de manifestaciones de Delirium, que se caracterizan por alteraciones motoras, cognitivas (conciencia, pensamiento y atención) e incluso pueden aparecer ideas delirantes y alucinaciones ⁽²⁰⁾.

PSICOPATOLOGÍAS ASOCIADAS A ÚLCERAS POR PRESIÓN.

Debido a los factores de riesgo psicofisiológicos que interfieren en las UPP, como son la pasividad asistencial de los cuidadores, la intensidad de dolor provocada por el trauma cutáneo y tisu-

lar ⁽¹⁾ y en consideración al estado mental de los pacientes, éstos pueden experimentar diversos síntomas psíquicos, los cuales, de acuerdo a la intensidad y cronicidad de dichas manifestaciones, pueden derivar en trastornos de salud mental que requieren intervenciones de mayor complejidad para su afrontamiento. Estos son: Trastorno Depresivo Mayor ⁽²¹⁾, Trastorno por Estrés Postraumático ⁽²²⁾, Trastorno por Estrés Agudo ⁽²³⁾, Trastorno de Ansiedad Generalizada ⁽²⁴⁾; pacientes con alteraciones neurológicas expuestos a intensidad de dolor prolongada podrían sufrir Delirium ⁽²⁵⁾.

CONCLUSIONES

Las UPP constituyen un trastorno que excede el campo fisiológico debido a las numerosas repercusiones en su salud mental que enfrentan tanto el paciente como su cuidador primario, siendo un problema que involucra no sólo a la persona

afectada, sino que a un sistema familiar completo que precisa de redes de apoyo emocionales, financieras y educativas para el enfrentamiento sistémico de dicho problema, por lo que es imprescindible realizar un abordaje a través de un equipo multidisciplinario que otorgue prevención y tratamiento de forma integral. Dentro de éste, la psicología desempeña una importante función, puesto que es la ciencia que estudia los procesos mentales y las conductas de las personas en interacción con el medio social ⁽⁷⁾; por consiguiente, esta área de la salud favorece desde la identificación de factores psicosociales que intervienen en las patologías fisiológicas, hasta la prevención y tratamiento de problemas de salud mental concomitantes a éstas, como también, provee a la familia de redes de apoyo emocional y estrategias de afrontamiento del problema, aspectos que favorecen una mejor calidad de vida para el paciente y su entorno primario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Benavent, A., Cabedo, M., Climent, J., et al. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. Generalitat Valenciana 2012: 23-26.
2. Artigas, G. Normas de Seguridad del Paciente y Calidad de Atención Respecto de: Prevención Úlceras por Presión. Depto. de Calidad y Seguridad del Paciente, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile: 1-20.
3. Gobierno Federal del México. Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Tratamientos de Úlceras por Presión a nivel Intrahospitalario. CENETEC, Secretaría de Salud 2009:1-8.
4. Breinbauer, H., Vásquez, H., Mayanz, S. et al. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. Rev. Méd. Chile 2009; 137: 657-665.
5. Baena, M. y Vidal, T. Úlceras por Presión: Información para el paciente y para el cuidador. Govern de les Illes Balears 2007; ISBN: 978-84-690-4585-5: 31-33.
6. Cruz, R. y Cardona, P. Síndrome de carga del cuidador. Rev. Colomb. Psiquiat 2007; XXXVI: 26-39.
7. Rueda, N., Polonio, B. y Duarte, E. Terapia Ocupacional en el marco de la atención al discapacitado físico. Ámbitos de actuación. Rol del terapeuta ocupacional. Polonio, B. y Garra, L. Terapia ocupacional en discapacitados físicos: teoría y práctica, XVIII, Madrid, Médica Panamericana Antártica, 2003: 1-12.
8. Barbero, J. Psicólogos en cuidados paliativos: la sinrazón de un olvido. Psico-oncología 2008; 5: 179-191
9. Pasternac, M., El Método Experimental y Método Clínico en Psicología, Braunstein, M., Pasternac, M., Benedito, G., et al., Psicología: Ideología y ciencia, XXI, Ciudad de México, Siglo Veintiuno Editores, 2003: 127-146.
10. Chan, M. y Zoellick, R. Informe Mundial sobre la Discapacidad. Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial, 2011: 1-27.
11. Bernardino, F. y Calvo, P. La Importancia de Abordar el Estrés del Cuidador Permanente. Departamento de Psicología. Universidad Federal de Paraíba 2013; Seminario internacional.
12. De Figueiredo, Z., Tirado, J., Mulet, F., et al. Úlceras por presión en personas con lesión medular: conocimiento de familiares y cuidadores. av.enferm 2010; 28: 1-7.
13. C. Gálvez, C., Mayorga, E., Gornemann, I., González, V., Corbacho, J., y Jiménez, M. Prevalencia y factores de riesgo de úlceras por presión, Atención Primaria. Issue 6 2013; 30: 357-362.

14. Gastrón, L. Y que cumplas muchos más... (abuso, maltrato y abandono: la cara oculta de la mayor longevidad femenina). La Aljaba 1999; IV: ISSN: 0328-6169.
15. Lara, L., Díaz, M., Herrera, E., et al. Síndrome del "Cuidador" en una población atendida por equipo multidisciplinario de atención geriátrica. Rev Cubana Enfermer 2001; 17: ISSN 1561-2961.
16. Organización Panamericana de la Salud. Parte II: Úlceras Por Presión. Guía de Diagnóstico y Manejo; 30: 407-414.
17. Breinbauer, H., Vásquez, H., Mayanz, S., et al. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. Rev. méd. Chile 2009; 137: 657-665.
18. Kornfeld, R., Arenas, M. y Mora, T. Guía prevención del maltrato a las personas mayores. SENAMA, Gobierno de Chile 2012: 5-16.
19. Llorca, G., Muriel, C., González, M. y Diez, M. Relación entre características del dolor crónico y los niveles de Depresión. Rev. Soc. Esp. Dolor 2007; 14: ISSN 1134-8046.
20. González, M., De Pablo, J. y Valdés, M. Delirium: la confusión de los clínicos. Rev. Méd. Chile 2003; 131: 1051-1060.
21. Pichot, P., López, J. y Valdés, M. Trastornos Depresivos: Trastorno Depresivo Mayor. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, IV, Barcelona, 1995: 412-421.
22. Pichot, P., López, J. y Valdés, M. Trastornos de ansiedad: Trastorno por estrés postraumático. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, IV, Barcelona, 1995: 518-525.
23. Pichot, P., López, J. y Valdés, M. Trastornos de ansiedad: Trastorno por estrés agudo. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, IV, Barcelona, 1995: 525-529.
24. Pichot, P., López, J. y Valdés, M. Trastornos de ansiedad: Trastorno de ansiedad generalizada. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, IV, Barcelona, 1995: 529-534.
25. Pichot, P., López, J. y Valdés, M. Delirium, Demencia, Trastornos Amnésicos y otros trastornos cognoscitivos: Delirium. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, IV, Barcelona, 1995: 156-161.

XXXII Jornadas Chilenas de Salud Pública




FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

"La salud en una sociedad de derechos"

26 y 27 de noviembre **2015**

Contacto: jornadasp@med.uchile.cl
www.saludpublica.uchile.cl

Escuela
de Salud
Pública
DR. SALVADOR ALLENDE
UNIVERSIDAD DE CHILE



EXPOSICION DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS

Dr. Marcelo Castillo Espinoza

Médico Hospital del Salvador, Servicio de Traumatología, Santiago de Chile

Contacto: macastillotmt@yahoo.com

Cuando se expone el material de osteosíntesis en la herida operatoria nos enfrentamos a un problema doble: lograr consolidación ósea y conseguir cobertura cutánea mientras hay exposición a la flora bacteriana en cualquiera de sus maneras, ya sea contaminación o infección.

Palabras Claves: Osteosíntesis, exposición, consolidación e infección.

SUMMARY

When hardware exposition occurs in surgical wound we have a double trouble: bone healing and skin closure, while it's exposed to bacterial flora in any of their forms contamination or infection.

Keywords: Hardware exposition, skin closure, bone healing and infection.

INTRODUCCION.

Cuando comenzó la cirugía ortopédica moderna con fijación interna, también llevaba el Caballo de Troya de la exposición de material de osteosíntesis, situación que enciende las alarmas por las probables consecuencias: no unión de la fractura, osteomielitis, pérdida de la función del segmento y amputación.

El objetivo de este artículo es dar algunas guías sobre cómo intentar conservar el material de osteosíntesis hasta lograr consolidación.

Recordar que hay dos situaciones en las que se genera el hueso: fracturas y osteotomías, que en el fondo es una fractura controlada.

FACTORES DE RIESGO.

Del accidente: energía, lugar del accidente por el tipo de contaminación, sitio anatómico amagado.

Del huésped: tabaquismo, como gran enemigo del cierre de heridas; diabetes mellitus; edad; enfermedades vasculares periféricas; enfermedades mentales, por la potencial manipulación de la herida.

Del tipo de fractura: si es cerrada o expuesta, daño o pérdida de tejidos. El segmento anatómico también marca el riesgo. Donde hay piel y hueso con escaso celular: clavícula, codo, antebrazo por cubital; dentro de aquellas con mayor frecuencia: pierna, tobillo y dorso del pie en sus bordes; talón por sitio de primer impacto, con su particular arquitectura e irrigación.

PLANIFICACION DE LA CIRUGIA INDICE.

En la cirugía de reparación de una fractura la elección del material de osteosíntesis es parte de las claves para evitar la exposición de éstos. La tecnología con sus avances nos provee actualmente de placas preformadas anatómicamente, bloqueadas, de aleaciones más amistosas con los tejidos, y lo más importante, más rígidas, lo que da mayor estabilidad para que las fracturas consoliden más rápido⁽¹⁾; esto último como parte de una planificación quirúrgica que incluye la asepsia en el pabellón, conocimiento del abordaje escogido, preferir abordajes mínimamente invasivos, cuidadoso trato de los tejidos, evitar colgajos con irrigación crítica, reducción del tiempo quirúrgico, y la oportunidad de la cirugía, entendiendo que muchas fracturas se operan tardíamente (por diferentes razones); si es reiterada, el trato de los tejidos no es el mismo y el tiempo quirúrgico tampoco. La decisión en la administración de antibióticos, ya sean profilácticos o terapéuticos, dependerá de las condiciones generales de la lesión y del paciente.

El hematoma del sitio operatorio representa otra amenaza porque aumenta la tensión de la herida en la piel y por supuesto, aumenta el nivel de dolor; el riesgo es mayor en aquellas zonas poco distensibles (zonas críticas) como la pierna y el antebrazo; es necesario comentar que la instalación intraoperatoria de drenajes no garantiza su prevención. Lo mejor es contemplar el tiempo operatorio dedicado a la hemostasia como una fase crítica del acto quirúrgico. Una vez detectado, vale la pena intentar medidas físicas de control como compresión controlada y aplicación de hielo; si esto no es suficiente, se recomienda el drenaje ya sea abierto o por punción, el que debe hacerse en pabellón quirúrgico considerando todas las normas de asepsia y antisepsia en el trato de un sitio operatorio.

EXPOSICION DEL MATERIAL DE OSTEOSINTESIS.

Una vez que el material de osteosíntesis se expone comienza la batalla por mantenerlo hasta lograr la consolidación ósea con o sin cobertura posterior de partes blandas. Al ser éste un cuerpo extraño, optimiza las condiciones para la contaminación bacteriana y, al mismo tiempo, perpetúa un proceso inflamatorio que impide la adecuada cobertura, influyendo incluso en el pronóstico de consolidación ósea.

Existen áreas en que el hueso tiene mejores condiciones para lograr una rápida consolidación:

- Hueso esponjoso más irrigado es mejor que hueso cortical.
- La piel mejor irrigada logra un cierre directo más rápido.
- La tibia proximal es más probable que logre cobertura sin mayor intervención. La pierna por su cara anteromedial es el sitio más usa-

do para abordar la tibia y hacer reducción y fijación interna no endomedular.

- Las fracturas de tercio medio, en general, se fijan con un clavo endomedular ⁽²⁾; si se expone el hueso, tenemos una situación semejante a la de la exposición directa de material de osteosíntesis; comienza la lucha por lograr cobertura sin infección mientras la fractura sella.

ESTRATEGIAS DE MANEJO.

Aseos quirúrgicos seriados en pabellón que lo gran controlar crecimiento bacteriano y necrosis con obtención de cultivos positivos para tener cobertura antibiótica ⁽³⁾ adecuada. No hay información para amparar el uso de antibióticos o antisépticos locales. Tampoco tenemos suficiente evidencia que el lavado a presión y/o pulsátil sea efectivo ⁽³⁾.

Las medidas incluyen aparatos que ejercen presión negativa sobre la herida, 125 mm Hg ⁽⁴⁾ es lo recomendado. No está claro si la modalidad intermitente o continua tiene mayor beneficio ni tampoco los intervalos. Su uso es tan discrecional que puede utilizarse desde la cirugía índice como profilaxis en las cirugías con riesgo de exposición. Hay consenso en que hay que cambiarlos en pabellón cada 2 o 3 días, que no ayudan en heridas cuyos bordes estén separados más de 20 mm, no se deben usar en infección con supuración con tejido desvitalizado. Las heridas con ejes de este tamaño (15-20 mm) están destinadas a la cobertura con cirugía plástica: mayor tiempo de exposición hace más probable la infección. No hay mayor información de cuánto es este tiempo.

Si no existe infección, todo se realiza con más facilidad: cierra la herida, consolida la fractura, se hacen viables los colgajos.

La oxigenoterapia tampoco tiene validación necesaria para recomendarla en cualquiera de sus formas, local o inhalatoria, para la pronta consolidación del hueso.

Un recurso poco utilizado es apurar la consolidación con proteínas morfogenéticas, especialmente la BMP2 ⁽⁵⁾. No hay nada escrito sobre la dosis y la duración de su uso, lo claro es que demora menos. No hay referencias sobre el uso de calcio o vitamina C en suplementos. En seis semanas consolida con certeza un hueso esponjoso, por ejemplo, tibia proximal y maléolo peroneo, y en más de ocho, un hueso cortical de gran volumen como la diáfisis tibial ⁽⁶⁾; el pie a las seis semanas, pero sin infección clínica lo consigue en cuatro semanas.

Recordar que la cobertura ⁽⁷⁾ del hueso con o sin el uso de colgajos no garantiza que éste consolide ni que se erradique la infección ósea.

Se debiera considerar como éxito la consolidación aún sin lograr cobertura. El alta del paciente se consigue con la continuidad de todos los tejidos de la extremidad, con o sin placa de osteosíntesis.

TUTOR EXTERNO.

Su uso es requerido porque fracasaron las medidas de control de la infección para conservar la síntesis y lograr consolidación. Su manejo es complejo, su implicancia va más allá del manejo de una herida operatoria dehisciente con exposición de material de osteosíntesis.

Pudiera parecer obvio que lo lógico sería partir con un tutor externo, pero se deja como la última opción porque tiene mayor tasa de no consolidación, su rigidez en general es insuficiente, de por sí la interfase púa-penetrando piel es facilitadora de infección, su configuración más estable

puede ir en contra de la función de la extremidad y del manejo por enfermería de la herida.

CONCLUSION

El concepto es mantener la osteosíntesis hasta lograr consolidación ósea, evitando la infección. El costo del fracaso es enorme bajo toda mirada.

BIBLIOGRAFIA.

1. Soft-tissue defects and exposed hardware: a review of indications for soft-tissue reconstruction and hardware preservation. *Plast Reconstr Surg.* 2009 Apr;123(4):1256-63. doi: 10.1097/PRS.0b013e31819f2b5e
2. Maintenance of hardware after early postoperative infection following fracture internal fixation. *J Bone Joint Surg Am.* 2010 Apr;92(4):823-8. doi: 10.2106/JBJS.I.00470.
3. Fluid Lavage of Open Wounds (FLOW): A Multicenter, Blinded, Factorial Pilot Trial Comparing Alternative Irrigating Solutions and Pressures in Patients With Open Fractures. *J Trauma.* 2011 Sep;71(3):596-606.
4. Incisional negative pressure wound therapy after high-risk lower extremity fractures. *J Orthop Trauma.* 2012 Jan;26(1):37-42. doi: 10.1097/BOT.0b013e318216b1e5
5. Recombinant human bone morphogenetic protein-2 for treatment of open tibial fractures: a prospective, controlled, randomized study of four hundred and fifty patients. *J Bone Joint Surg Am.* 2002 Dec;84-A(12):2123-34
6. First results with the immediate reconstructive strategy for internal hardware exposure in non-united fractures of the distal third of the leg: case series and literature review. *J Orthop Surg Res.* 2012 Aug 28;7:30.
7. Implant contamination during spine surgery. *Spine J.* 2013 Jun;13(6):637-40. doi: 10.1016/j.spinee.2012.11.053. Epub 2013 Jan 12.

Facultad de Medicina UACH

Servicio integral en salud y vinculación con la comunidad



Universidad Austral de Chile
Conocimiento y Naturaleza

El vínculo con la comunidad en el área de la salud es fundamental en la formación que entrega la Facultad de Medicina de la Universidad Austral de Chile (Valdivia y Campo Clínico Osorno), en sus carreras de pregrado y programas de postgrado, a través de servicios de atención y prevención a la población realizadas por los propios estudiantes y docentes.



Laboratorio de Nefrología,

Centro de Trasplante Renal más grande del país, ubicado en el Hospital Base de Valdivia y que hasta la fecha cuenta con alrededor de 350 pacientes trasplantados.



Centro de Atención Ambulatoria (CENAIA)

Ubicado adjunto al Consultorio Externo del Servicio de Salud Valdivia, cuenta entre otros servicios con un Laboratorio Clínico UACH (LABOCLIN).



Clinicas Odontológicas

Ofrecen a la comunidad atención de calidad en Odontopediatría, Integral del Adulto, Periodoncia, Endodoncia, y Cirugía.



Centro Universitario de Rehabilitación

Ofrece atención en todas las áreas de disfunción del movimiento, otorgando cuidado oportuno e integral para la rehabilitación de niños y adultos con patologías respiratorias, musculoesqueléticas, neurológicas y de los tejidos blandos, además de prevención de patologías comunes como dolor lumbar e incontinencia urinaria.

Heridas crónicas

Estos servicios son complementados con diversas iniciativas y proyectos de Vinculación con el Medio, entre los que figuran el apoyo y atención a personas con heridas crónicas en una alianza con el Centro de Salud Familiar de la localidad de Niebla.

Una de las instituciones beneficiadas es la Agrupación de Autocuidado Esperanza Viva, grupo de adultos mayores con heridas crónicas o úlceras en sus extremidades inferiores, quienes reciben constantemente ayuda multidisciplinaria de estudiantes y docentes en capacitación sobre autoestima, prevención y autocuidado, además de acondicionamiento físico, atención directa e insumos para sus tratamientos.

Gamaliel Ulloa, presidente de Esperanza Viva, manifiesta que están "muy agradecidos de la oportunidad y servicio que nos da la Universidad Austral de Chile, de forma tan humana, familiar, cercana a la comunidad, que nos ayuda a sobrellevar esta enfermedad invalidante".



En la Facultad de Medicina UACH está la oportunidad de ayudar a la comunidad, en el hermoso entorno natural y calidez que brinda del sur de Chile.

<http://www.medicina.uach.cl>



NOTICIAS FAME UACH



@fameuach_info

Escrito por: Paulo Lehmann Preisler
Periodista Facultad de Medicina UACH
Diagramación: Andrés Sandoval R.

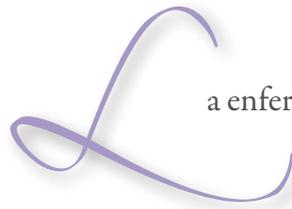
ENFERMEDAD VASCULAR Y ÚLCERAS EN EL PACIENTE DIABÉTICO

ENFOQUE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO ACTUAL

Dr. Felipe Corvalán

Cirujano Vascular, Clínica Santa María, Hospital del Salvador.

Contacto: fcorvalan@clinicasantamaria.cl>



La enfermedad vascular en el paciente diabético lo pone en una categoría de riesgo mayor para el desarrollo de úlceras que no cicatrizan y en último término, gangrena o pérdida de la extremidad.

El manejo actual del paciente diabético con úlceras incluye un diagnóstico certero con imágenes y una terapia enfocada en el paciente y su entorno.

La actual era endovascular ha mejorado considerablemente el manejo de estos pacientes y ha aportado nuevas alternativas de tratamiento.

Palabras Clave: Paciente diabético, enfermedad vascular, úlceras.

SUMMARY

Vascular disease in diabetic patients increases the risk for developing non-healing ulcers, gangrene and ultimately, limb loss.

The current management of diabetic patients with ulcers includes an accurate diagnostic imaging and therapy focused on the patient and their environment.

The current endovascular era has improved the management of these patients and has brought new treatment options.

Key Words: Diabetic patient, vascular disease, ulcers.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad arterial obstructiva (EAO) de extremidades inferiores (EEII) es una patología multifactorial que lleva a la oclusión crónica de los vasos arteriales de extremidades.

Sus principales factores de riesgo son el sexo masculino, la edad, el tabaquismo, la hipertensión arterial y la Diabetes Mellitus (DM).

De todos los factores de riesgo modificables, la DM es aquella que confiere mayor riesgo de desarrollo de Enfermedad arterial y consiguientes úlceras isquémicas que pueden llevar a la pérdida de la extremidad. ⁽¹⁾

En la DM se presentan otras condiciones como la neuropatía o la infección que agravan el pronóstico del paciente con enfermedad arterial.

La correcta identificación de los pacientes en riesgo, así como el correcto diagnóstico de aquellos pacientes que presentan enfermedad arterial permite enfocar el tratamiento y evitar la pérdida de extremidad secundaria a úlceras de causa arterial.

MAGNITUD DEL PROBLEMA

- El pie diabético es todavía la causa más frecuente de hospitalización en pacientes diabéticos (2-3).
- 15% de los pacientes presentará problemas en sus pies que motiven hospitalización al menos una vez en su trayectoria como diabéticos.
- Más de 60% de las amputaciones no traumáticas se deben a la DM ⁽⁴⁾.
- Entre 14 a 24% de los pacientes requerían amputación de parte de su pie.
- En Chile una importante causa de hospitalización en los servicios de cirugía vascular es debida a complicaciones del pie diabético y su correcto manejo requiere de múltiples estudios, así como la concurrencia de múltiples especialistas, situación que incide di-

rectamente en el costo y en la elevada ocupación de días camas que a su vez tensionan el sistema ⁽⁵⁾.

A pesar de todo este panorama, estudios revelan que 80% de las amputaciones es evitable con un correcto manejo, incluso en pacientes de edad avanzada ⁽⁶⁾.

ULCERAS EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS

Desde un punto de vista vascular las ulceraciones en los diabéticos pueden tener causas venosas o arteriales.

En algunas ocasiones traumatismos generan úlceras y éstas se prolongan en el tiempo si existe patología venosa o arterial concomitante que limite o retarde la cicatrización ⁽¹⁾.

Las úlceras venosas se presentarán con lipodermatoesclerosis perimaleolar, várices o antecedentes de insuficiencia venosa. La mayoría de las veces son indoloras, típicamente se ubican sobre los maléolos y no comprometen el pie.

Las úlceras arteriales, por su parte, se presentarán en pacientes con múltiples factores de riesgo cardiovascular, son muy sensibles, se presentan en el pie en las zonas de prominencias óseas. Rara vez estarán por sobre los maléolos (Fig. N° 1).

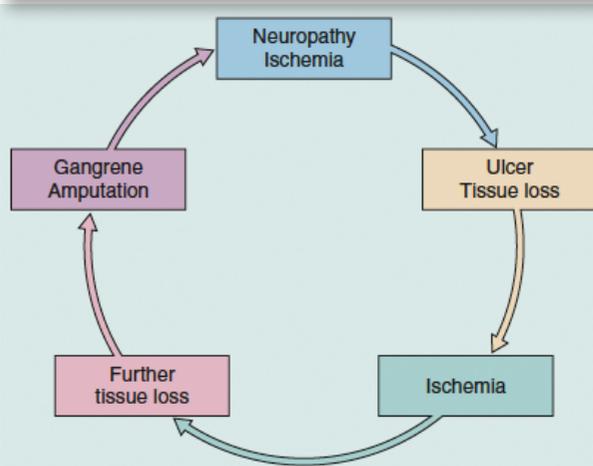
ULCERAS Y ENFERMEDAD ARTERIAL

La ulceración en el diabético se debe a la concurrencia de factores. Neuropatía, isquemia e infección corresponde a la “triada de la ulceración” en todo paciente diabético. La presencia de cualquiera de esos factores puede producir una úlcera, pero la sumatoria de ellos aumenta su riesgo y puede acarrear peores consecuencias (Fig. N° 2)

FIGURA 1
PIE DIABÉTICO CON GANGRENA
DEL 5° ORTEJO



FIGURA 2. NEUROPATÍA E ISQUEMIA



El círculo vicioso generado por isquemia y neuropatía. De no corregirse la isquemia mediante una adecuada revascularización, las lesiones progresan hacia la gangrena y amputación. (Extraído de Comprehensive Vascular and Endovascular Surgery (7))

A continuación nos referiremos a la insuficiencia arterial o enfermedad vascular en el paciente diabético.

ETIOLOGIA Y CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD ARTERIAL OCLUSIVA EN EL DIABÉTICO.

La enfermedad arterial oclusiva es en más de 95% de las veces debida a aterosclerosis. Los diferentes factores de riesgo de enfermedad aterosclerótica (ATE) están habitualmente presentes en los pacientes diabéticos.

La enfermedad arterial oclusiva se clasifica de acuerdo a su ubicación en el árbol arterial de las extremidades inferiores. Esta puede ser aortoiliaca, fémoro poplíteo o tibial.

A medida que uno va más distal en el árbol arterial, más finos son los vasos y menor es la permeabilidad de las revascularizaciones.

En el caso de los diabéticos, el territorio más comprometido corresponde al infra rotuliano o tibial. A este fenómeno se asocia con frecuencia la calcificación de los vasos que dificulta también los procedimientos de revascularización (8-9).

Del punto de vista de los síntomas, ésta se puede clasificar en dos grandes grupos: los claudicadores y aquellos pacientes con isquemia crítica. Esta se caracteriza clínicamente por presentar ya sea dolor de reposo o lesiones isquémicas (Úlceras necróticas o gangrena franca). La Fig. N° 3 muestra la clasificación de Fontaine para los estadios de la EAO y las categorías de Rutherford de la EAO.

El concepto de isquemia crítica se refiere a aquella isquemia que pone en riesgo la viabilidad de la extremidad. Esta se define como etapas IV, V y VI de Rutherford.

FIG. N° 3: CLASIFICACIÓN DE RUTHERFORD Y FONTAINE PARA LA ENFERMEDAD ARTERIAL OCLUSIVA DE EXTREMIDADES INFERIORES.

Fontaine		Rutherford		
Estadio	Clínica	Grado	Categoría	Clínica
I	Asintomático	0	0	Asintomático
IIa	Claudicación leve	I	1	Claudicación leve
IIb	Claudicación moderada o grave	I	2	Claudicación moderada
III	Dolor isquémico en reposo	I	3	Claudicación grave
IV	Ulceración o gangrena	II	4	Dolor isquémico en reposo
		III	5	Pérdida de tejido menor
		III	6	Pérdida de tejido mayor

El paciente con isquemia crítica típicamente presentará ausencia de pulsos, pie frío y con mal llene capilar. Al realizar una pletismografía se consideran un ITB > 0,4 y presión de ortejo mayor < 30 mmHg como criterios de isquemia crítica ⁽¹⁾.

ESTUDIO DE IMÁGENES EN ENFERMEDAD VASCULAR.

Una vez que se ha hecho el diagnóstico y si el paciente tiene adecuado riesgo para enfrentar una revascularización, el paso siguiente es estudiar la anatomía del árbol vascular de las EEII.

Todo estudio debe abarcar desde la aorta hasta las arterias intrínsecas del pie.

Los métodos no invasivos como Angio Tomografía Computada (TAC) y Angio resonancia magnética (RM) son adecuados para el nivel aorto ilíaco y fémoro poplíteo, pero, en general, insuficientes para evaluar el segmento tibial ya sea por la densa calcificación de los vasos a este nivel o bien por el escaso flujo dentro de éstos ^(10,11).

El otro problema de estas técnicas es la necesidad de uso de medio de contraste yodado o Gado-linio que pueden provocar falla renal o nefritis intersticial. Cualquiera de ellas puede ser catastrófica en el contexto de un paciente diabético con falla renal pre-existente ⁽¹⁰⁾.

Si bien hay reportes en la literatura del uso del ecodoppler en estudio y revascularizaciones, éstas se limitan al segmento fémoro poplíteo y son más bien excepcionales ⁽¹²⁾.

El segmento tibial, por el hecho de tener vasos más finos y asociarse a calcificación en diabéticos, hace difícil y poco práctica la aplicación de TAC, RM o ecografía.

Es así como la arteriografía diagnóstica y con intención terapéutica es la herramienta de elección a la hora de estudiar un paciente diabético con isquemia crítica. Las nuevas técnicas de angiografía permiten ahorrar en uso de contraste sin perder resolución de imagen; además es posible tratar al paciente en una sesión ⁽⁷⁾.

TRATAMIENTO

Tratamiento médico

La evaluación inicial del paciente con isquemia crítica debe incluir la evaluación de todos aquellos parénquimas que puedan verse afectados por la aterosclerosis, la cual es una enfermedad sistémica ⁽¹³⁾.

La evaluación, tanto de síntomas de cardiopatía coronaria como de estudios provocadores de isquemia debe ser considerada en todos los pacientes, especialmente en aquellos que puedan

ser candidatos a un procedimiento quirúrgico^(13,14,15). La búsqueda de soplos carotídeos ayuda al diagnóstico integral y su pronto tratamiento puede ayudar en la prevención de eventos cardiovasculares en estos pacientes.

El tratamiento debe orientarse a un estricto control de DM y los síndromes metabólicos buscando HB glicosilada < 7%, LDL < 100mg/dl y también estricto control de PA. Para ello se recomienda el uso de Aspirina y/o Clopidogrel⁽¹⁶⁾, estatinas e Inhibidores de la Enzima Convertidora (ECA). La cesación del tabaco es también una medida fundamental en estos pacientes^(1,7).

Revascularización

El objetivo primario es prevenir la amputación y para ello existen dos alternativas: la cirugía (cx) abierta (bypass o endarterectomía) y las angioplastias.

El tratamiento debe ser dirigido a cada paciente y el tipo de revascularización a realizar depende de la edad del paciente, su comorbilidad, su grado de ambulación, la experiencia del cirujano vascular, la presencia o no de conducto autólogo, el grado y la extensión de la necrosis.

Habitualmente estos pacientes presentan enfermedad en 1 o más niveles. La corrección de uno o todos ellos dependerá del grado de isquemia.

Tratamiento endovascular

El tratamiento de la isquemia en el paciente diabético ha sufrido grandes cambios en la última década con el advenimiento de la terapia endovascular mínimamente invasiva. Si bien aún la revascularización mediante puentes arteriales sigue siendo el patrón oro, la revascularización endovascular es hoy una alternativa menos invasiva que puede ser usada como primera alternativa (“endovascular primero”) o como complemento a una revascularización tradicional⁽¹⁷⁾.

Contraviniendo la tradicional idea de que los pacientes diabéticos tienen muy mal pronóstico, en la actualidad se sabe que el pronóstico de las revascularizaciones en ellos es similar a la de aquellos pacientes con enfermedad aterosclerótica pura⁽¹⁸⁾; sin embargo, el paciente diabético debe considerarse como de alto riesgo dada la mayor prevalencia de enfermedad cardiovascular en territorios críticos como el coronario o cerebro vascular^(18,120); no obstante, ello no debe desanimar al equipo tratante a enfrentar este tipo de pacientes quienes plantean un desafío al cirujano vascular (Figs. N°s 4 y 5).

Las angioplastias son mejores en pacientes con estenosis cortas y en enfermedad más proximal (ilíacas)⁽¹⁾. En los segmentos tibiales las permeabilidades son menores dado el menor diámetro de los vasos, lo que hace más probable la re-estenosis la cual es, sin duda, el talón de Aquiles de la terapia endovascular.

El explosivo crecimiento de la terapia endovascular en la última década es debido principalmente al perfeccionamiento de los dispositivos para tratamiento de la EAO. En la actualidad se dispone no sólo de balón sino que de una serie de dispositivos que buscan, por un lado, aumentar el éxito técnico inmediato y por otro lado, evitar la re-estenosis. Aterótomos, stents, stents cubiertos, balones medicados, son sólo algunos de los ejemplos de cómo la técnica avanza en beneficio de los pacientes^(21,23,24); sin embargo, estos nuevos dispositivos deben ser avalados también por evidencia, por lo cual las sociedades han establecido normas para evaluar estos productos y cómo se deben reportar sus complicaciones⁽²⁵⁾.

Varios estudios demuestran que las permeabilidades de las angioplastias en el segmento fémoro poplíteo y tibial son inferiores a las revascularizaciones abiertas, especialmente si la obstruc-

FIG. N° 4: ENFERMEDAD ARTERIAL OCLUSIVA INFRAPOPLÍTEA

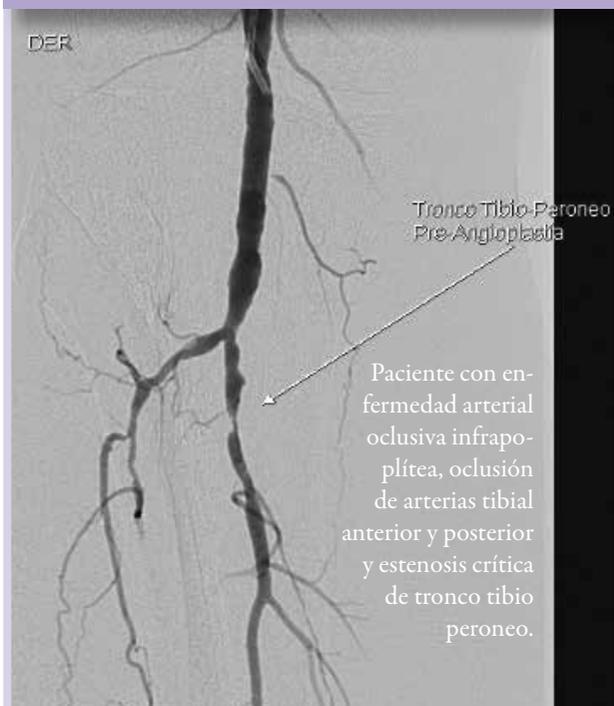
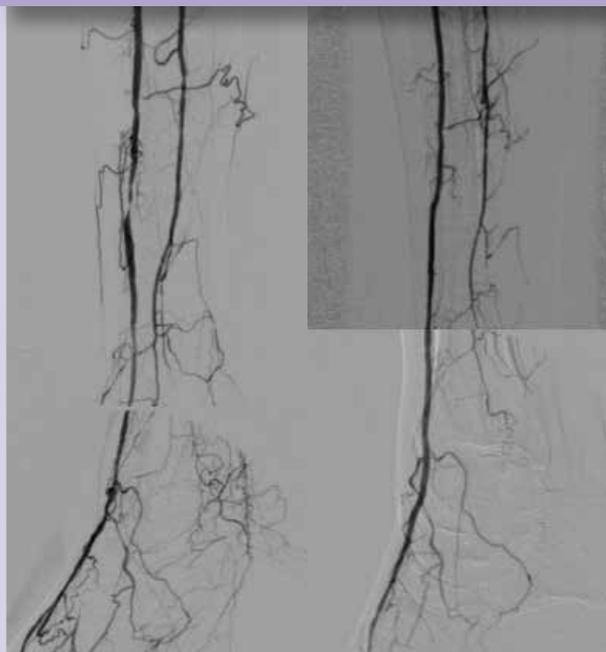


FIG. N° 5: ANGIOPLASTÍA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA



PTA (Angioplastía transluminal percutánea) arteria pedia con balón de 2,5 mm. A derecha pre PTA, a izq post PTA.

ción es larga; sin embargo, son muy similares en términos de salvataje de la extremidad ⁽²⁶⁾. Ahora bien, en lesiones cortas esto es difícil de evaluar dado que la mayoría de ellas se tratan hoy en día mediante angioplastía, Fig. N° 6. Esto, asociado al menor riesgo del procedimiento endovascular, ha empujado a los cirujanos vasculares a ofrecer cada vez más alternativas endovasculares ⁽²⁷⁾.

Recientemente se publicó un estudio que muestra que con la angioplastía con balón medicado con paclitaxel, un anti proliferativo, se logró demostrar disminución de las re-estenosis de 65,2% a 52% al año con respecto a balón tradicional; sin embargo, no hubo diferencias en mortalidad o pérdida de la extremidad ⁽²⁸⁾.

A su vez las complicaciones del sitio de acceso se han convertido en la morbilidad más frecuente del procedimiento. Hematomas, pseudoaneurismas o disección y trombosis son algunas de las posibilidades de complicación. Muchas de ellas se pueden manejar con técnicas percutáneas; sin embargo, en situaciones con grandes hematomas, compromiso hemodinámico o necesidad de más de 4 Uds. de glóbulos rojos (GR), se requiere drenaje quirúrgico.

Cirugías abiertas

Los bypasses o endarterectomías tienen el beneficio de ser más duraderos en el tiempo por lo cual se aplican mejor a paciente con mayor expectativa de vida o paciente con lesiones extensas que demorarán más de 3 meses en cicatrizar.

En reconstrucciones aorto ilíacas son necesarias las prótesis vasculares; sin embargo, en la enfermedad infrainguinal y especialmente en aquella infrapoplítea, el conducto venoso autólogo, idealmente vena safena, es lo más indicado ⁽²⁹⁾. Las prótesis a los vasos tibiales son excepcionales debido a su mala permeabilidad. Se prefiere

vena ipsilateral y se considera adecuada cuando presenta un diámetro continuo de a lo menos 3 mm. Figs. N°s 7 y 8.

¿Abierta o endovascular?

El correcto conocimiento de la anatomía y la fisiopatología de la EAO, así como las condiciones del paciente y del pie en el diabético ayudan en la decisión de la terapia a elegir.

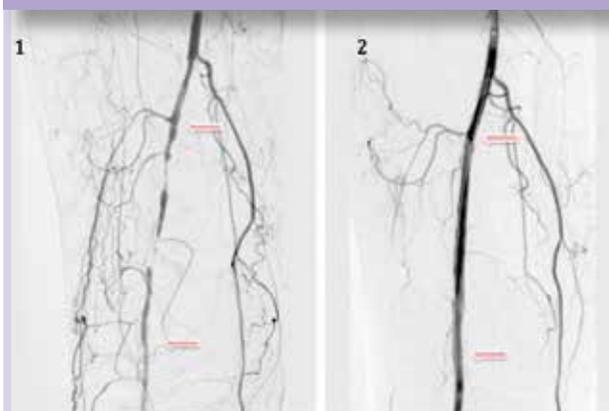
La cirugía abierta trae consigo un riesgo quirúrgico mayor debido a las patologías concomitantes, pero es de mayor durabilidad en el tiempo y la endovascular es de claro menor impacto quirúrgico, pero tiene menor durabilidad en el tiempo.

La pregunta “¿qué debe hacerse primero en los pacientes?” viene rondando desde que aparecieron los procedimientos endovasculares y sigue vigente hasta el día de hoy.

El más grande estudio comparativo fue realizado en el Reino Unido y publicado hace casi 10 años⁽³⁰⁾. Independientemente de la técnica, el salvataje de extremidad fue similar en ambos grupos a los dos años. Hubo cruce de una técnica a otra en ambos casos. La sobrevida a los 2 años también fue similar y luego hubo una tendencia a mayor mortalidad en aquellos pacientes sometidos a angioplastia, Fig. N° 9. En ambos grupos estudiados hubo importante cruce hacia el lado contrario, lo que refleja que el paciente con EAO requiere de más de una intervención y que éstas pueden complementarse.

A la luz de esos resultados parece ser que un paciente con una sobrevida mayor a dos años sin comorbilidad importante y con condiciones anatómicas para cx abierta (buen conducto, vasos distales adecuados) debería ser candidato a cx abierta.

FIG N° 6. PTA CON BALÓN MEDICADO DE REESTENOSIS INTRASTENT DE SEGMENTO FÉMORO POPLÍTEO.



Estenosis Intra-stent en arteria femoral superficial. 2. Post PTA con balón medicado. Las flechas marcan los extremos del stent.

FIG. N° 7: BY PASS A LA ARTERIA PEDIA

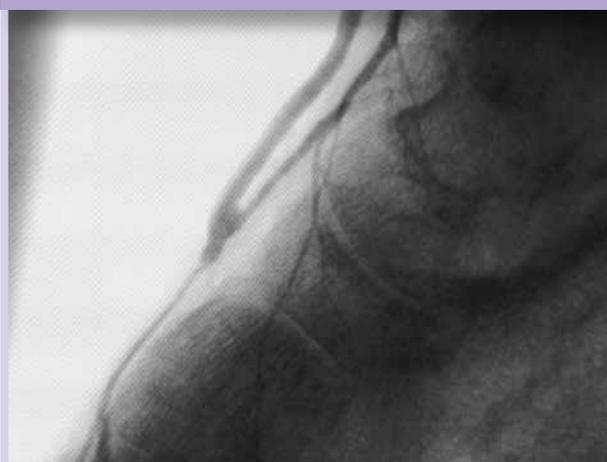


FIG. N° 8: PUENTE VENOSO EN ARTERIA FEMORAL SUPERFICIAL.

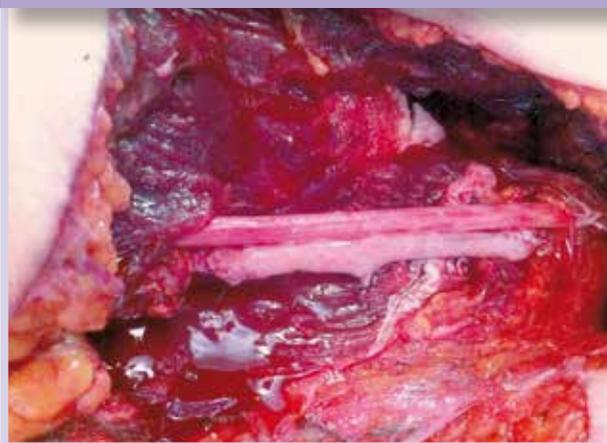
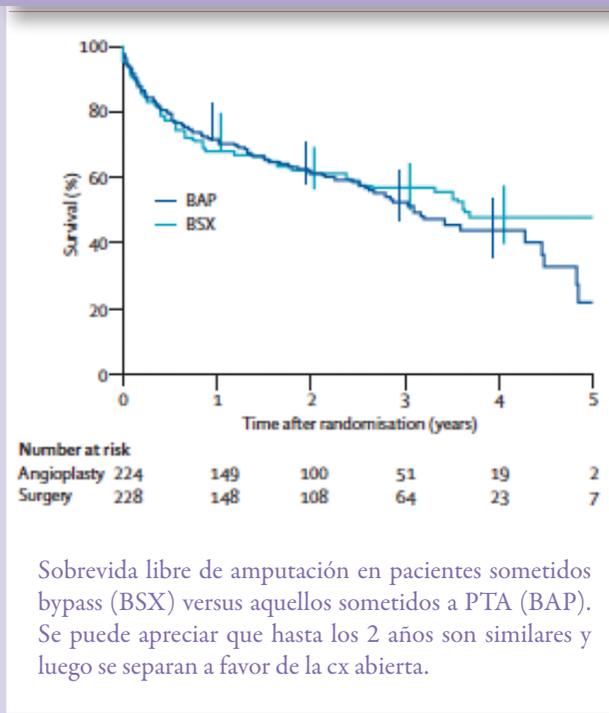


FIG. N° 9: SOBREVIDA LIBRE DE AMPUTACIÓN



En aquellos casos que no cumplan con las condiciones antes mencionadas la alternativa “endovascular primero” parece ser la más adecuada.

Pacientes no revascularizables

Cuando no es posible ofrecer una revascularización debe considerarse la amputación para aliviar el dolor o prevenir la muerte por gangrena

de la extremidad. Hoy en día se está investigando el uso de células madre y/o factores de crecimiento para producir angiogénesis en estos pacientes ⁽²⁷⁾; sin embargo, estas terapias están en desarrollo y, en su estado actual, aún está en debate la real utilidad de estos procedimientos.

Paciente con extensas lesiones en el pie, ya sea de partes blandas o con extensas lesiones que comprometan el plano óseo y la estabilidad del pie, probablemente serán buenos candidatos para amputación. Dicha decisión debe ser tomada en conjunto con la familia y el equipo médico y apenas realizado el procedimiento, el paciente debe ser puesto en contacto con medicina física para empezar rápidamente una rehabilitación.

CONCLUSIÓN

Las úlceras en paciente con pie diabético deben hacer pensar al clínico y a todo el equipo médico la presencia de enfermedad vascular concomitante debido a que el pronóstico de la extremidad en presencia de isquemia crítica es muy pobre. Las revascularizaciones son hoy por hoy la mejor alternativa para evitar la pérdida de la extremidad y el rango de alternativas ha crecido enormemente de la mano de la evolución de la cirugía endovascular.

REFERENCIAS

1. Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, Nehler MR, Harris KA, Fowkes FG, TASC II Working Group, Bell K, Caporusso J, Durand-Zaleski I, et al. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). Eur J Vasc Endovasc Surg. 2007;33 Suppl 1:S1-75. Epub 2006 Nov 29.
2. Gibbons GW, Eliopoulos GM. Infection of the diabetic foot. In: Kozak GP, Campbell DR, Frykberg RG, et al., eds. Management of diabetic foot problems. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders; 1984:121-130.
3. Edmonds ME. The diabetic foot: pathophysiology and treatment. Clin Endocrinol Metab 1986;5(4):889-916.
4. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. National Diabetes Statistics fact sheet: general information and national estimates on diabetes in the United States, 2005. Available at: <http://diabetes>.
5. Dr. OSVALDO IRIBARREN B.1*3, Ais. GABRIELA PASSIM.2, NATALIA AYBAR M.2, Drs. PAULO RÍOS M.3, LAIN GONZÁLEZ A.3, MARCO A ROJAS G.3, FERNANDO SAAVEDRA P.3 Pie diabético: Evolución en una serie de 121 pacientes. Rev. Chilena de Cirugía. Vol 59 - N° 5, Octubre 2007; págs. 337-341

6. Pomposelli FB Jr, Arora S, Gibbons GW, et al. Lower extremity arterial reconstruction in the very elderly: successful outcome preserves not only the limb but also residential status and ambulatory function. *J Vasc Surg* 1998;28(2):215-225.
7. Comprehensive Vascular and Endovascular Surgery: Expert Consult - Online and Print, 2e. 30 sep 2009. de John W. Hallett Jr. MD FACS (Autor), Joseph L. Mills MD FACS (Autor), Jonathan Earnshaw DM FRCS (Autor), Jim A. Reekers MD PhD (Autor), Thom Rooke MD (Autor).
8. Tannenbaum GA, Pomposelli FB Jr, Marcaccio EJ, et al. Safety of vein bypass grafting to the dorsal pedal artery in diabetic patients with foot infections. *J Vasc Surg* 1992;15(6):982-990.
9. LoGerfo FW, Gibbons GW, Pomposelli FB Jr, et al. Trends in the care of the diabetic foot. Expanded role of arterial reconstruction. *Arch Surg* 1992;127(5):617-621.
10. E. Kent Yucel, MD et al. Magnetic Resonance Angiography: Update on Applications for Extracranial Arteries. *Circulation*. 1999; 100: 2284-2301.
11. Young, Phillip M. et al. Prospective Comparison of Cartesian Acquisition with Projection-like Reconstruction Magnetic Resonance Angiography with Computed Tomography Angiography for Evaluation of below-the-Knee Runoff, *Journal of Vascular and Interventional Radiology*, Volume 24, Issue 3, 392 - 399
12. Ascher, Enrico et al. Duplex-guided endovascular treatment for occlusive and stenotic lesions of the femoral-popliteal arterial segment: A comparative study in the first 253 cases *Journal of Vascular Surgery*, Volume 44, Issue 6, 1230 - 1237
13. Zarich SW, Cohen MC, Lane SE, et al. Routine perioperative dipyridamole 201 T imaging in diabetic patients undergoing vascular surgery. *Diabetes Care* 1996;19(4):355-360.
14. McFalls EO, Ward HB, Moritz TE, et al. Coronary-artery revascularization before elective major vascular surgery. *N Engl J Med* 2004;351(27):2795-2804.
15. Poldermans D, Schouten O, Vidakovic R, et al. A clinical randomized trial to evaluate the safety of a noninvasive approach in high-risk patients undergoing major vascular surgery: the DECREASE-V Pilot Study. *J Am Coll Cardiol* 2007;49(17):1763-1769.
16. Shammas NW et al. Epidemiology, classification, and modifiable risk factors of peripheral arterial disease. *Vasc Health Risk Manag* 2007;3:229-34.
17. Wiechmann, B. N. (2009). Tibial Intervention for Critical Limb Ischemia. *Seminars in Interventional Radiology*, 26(4), 315–323. <http://doi.org/10.1055/s-0029-1242205>
18. Hamdan AD, Saltzberg SS, Sheahan M, et al. Lack of association of diabetes with increased postoperative mortality and cardiac morbidity: results of 6565 major vascular operations. *Arch Surg* 2002;137(4):417-421.
19. Eagle KA, Coley CM, Newell JB, et al. Combining clinical and thallium data optimizes preoperative assessment of cardiac risk before major vascular surgery. *Ann Intern Med* 1989;110(11):859-866.
20. Lee TH, Marcantonio ER, Mangione CM, et al. Derivation and prospective validation of a simple index for prediction of cardiac risk of major noncardiac surgery. *Circulation* 1999;100(10):1043-1049.
21. Shammas NW et al. Percutaneous lower-extremity arterial interventions with primary balloon angioplasty versus silverhawk atherectomy and adjunctive balloon angioplasty: randomised trial. *J Vasc Interv Radiol* 2011;22:1223-8. doi:10.1016/j.jvir.2011.05.013.
22. Garnic JD et al. Endovascular excimer laser atherectomy techniques to treat complex peripheral vascular disease: an orderly process. *Tech Vasc Interv Radiol* 2005;8:150-9. doi:10.1053/j.tvir.2006.04.003.
23. NICE Interventional Procedure Guidance 380: percutaneous atherectomy of femoropopliteal arterial lesions with plaque excision devices. www.nice.org.uk/guidance/IPG380.
24. P. Abdulhannan et al. Peripheral arterial disease: a literature review *Br Med Bull* (2012) 104 (1): 21-39 first published online October 18, 2012 doi:10.1093/bmb/lds027
25. Ouriel K, Fowl RJ, Davies MG, Forbes TL, Gambhir RP, Ricci MA; Society for Vascular Surgery. Disease-specific guidelines for reporting adverse events for peripheral vascular medical devices. *J Vasc Surg*. 2014 Jul;60(1):212-25. doi: 10.1016/j.jvs.2014.04.061.
26. Xiaoyang Fu et al. Angioplasty versus bypass surgery in patients with critical limb ischemia-a meta-analysis *Int J Clin Exp Med* 2015;8(7):10595-10602.
27. Christos Kasapis and Hitinder S Gurm. Current Approach to the Diagnosis and Treatment of Femoral-Popliteal Arterial Disease. *A Systematic Review*. *Curr Cardiol Rev*. 2009 Nov; 5(4): 296–311.
28. Kenneth Rosenfield, M.D., Michael R. Jaff, D.O., Christopher J. White, M.D., Krishna Rocha-Singh, M.D., Carlos Mena-Hurtado, M.D., D. Christopher Metzger, M.D., Marianne Brodmann, M.D., Ernst Pilger, M.D., Thomas Zeller, M.D., Prakash Krishnan, M.D., Roger Gammon, M.D., Stefan Müller-Hülsbeck, M.D., Mark R. Nehler, M.D., James F. Benenati, M.D., and Dierk Scheinert, M.D. for the LEVANT 2 Investigators. Trial of a Paclitaxel-Coated Balloon for Femoropopliteal Artery Disease. *N Engl J Med* 2015; 373:145-153
29. Fernando Ibáñez C y cols. Puentes infrainguinales en enfermedad arterial oclusiva. *Rev. Chilena de Cirugía*. Vol 54 - N° 6, Diciembre 2002; págs. 611-617
30. Adam, D.J., Beard, J.D., Cleveland, T., Bell, J., Bradbury, A.W., Forbes, J.F. et al, Bypass versus angioplasty in severe ischaemia of the leg (BASIL): multicentre, randomised controlled trial. *Lancet*. 2005;366:1925–1934.



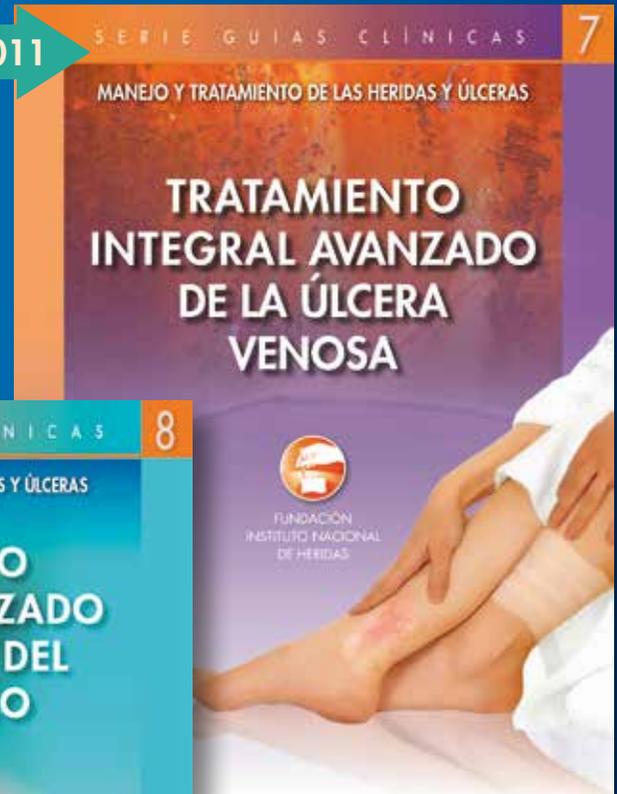
FUNDACIÓN
INSTITUTO
NACIONAL
DE HERIDAS

SE PARTE DE NUESTRA FAMILIA

GUÍA 2011

TRATAMIENTO INTEGRAL AVANZADO DE LA ÚLCERA VENOSA

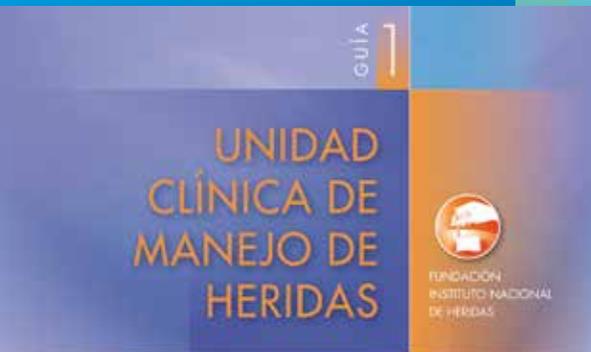
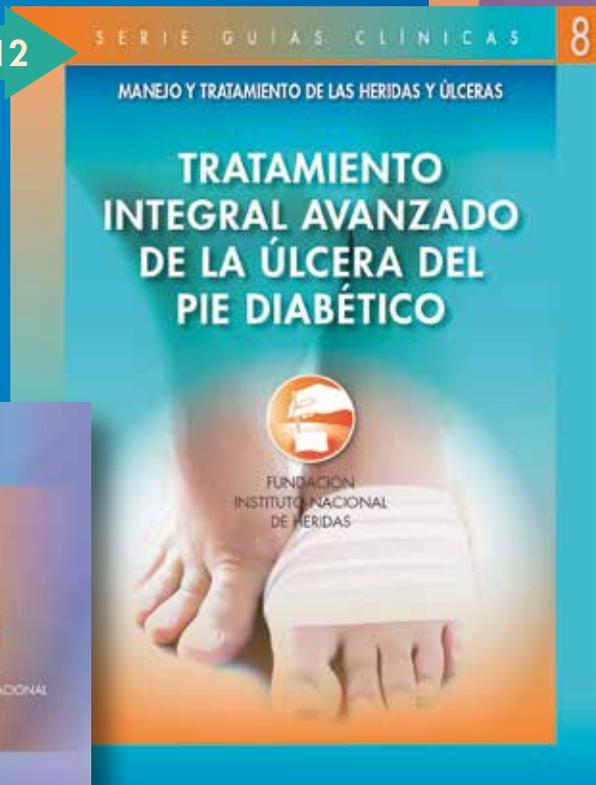
SOCIOS: \$ 10.000
NO SOCIOS: \$ 15.000



GUÍA 2012

TRATAMIENTO INTEGRAL AVANZADO DE LA ÚLCERA DEL PIÉ DIABÉTICO

SOCIOS: \$ 10.000
NO SOCIOS: \$ 15.000



GUÍA 2013

UNIDAD CLÍNICA DE MANEJO DE HERIDAS

SOCIOS: GRATIS
NO SOCIOS: \$ 15.000



Consultas:
(56-2)
22237667
22748352
23417132

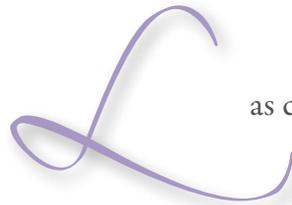
USO DEL SISTEMA VAC (VACUUM-ASSISTED CLOSURE)

PARA EL MANEJO DE LA DEHISCENCIA E INFECCIÓN DE LA HERIDA OPERATORIA PERINEAL POSTERIOR A UNA RESECCIÓN ABDOMINO-PERINEAL

Dres. Sebastián Pradenas B., Cristián Gallardo V., Manuel Quiroz F., Guillermo Bannura C., Felipe Illanes F., Carlos Melo L., Alejandro Barrera E.

Unidad de Coloproctología. Servicio de Cirugía. Hospital Clínico San Borja Arriarán. Departamento de Cirugía. Sede Centro. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

E-mail: dvcristiang@gmail.com



Las complicaciones de la herida perineal tales como la infección, abscesos y dehiscencia, son un problema mayor posterior a la resección abdominoperineal (RAP). Éstas resultan en hospitalizaciones prolongadas, aumento de la morbilidad y en un eventual retraso de la terapia adyuvante cuando ésta está indicada. Los resultados logrados con el tratamiento actual con curaciones locales y desbridamiento quirúrgico son generalmente subóptimos. El sistema VAC ha sido utilizado con éxito para el manejo de heridas complejas; es por esto que reportamos 2 pacientes con complicaciones de la herida perineal post RAP en los cuales el sistema VAC mostró resultados promisorios.

Palabras Clave: resección abdominoperineal, herida perineal, cierre vacuum asistido.

SUMMARY.

Perineal wound complications such as infection, abscesses and failure of wound healing are a major problem after abdominoperineal resection (APR). They prolong hospitalization, increase morbidity and delay adjuvant therapy when indicated.

Treatment with simple dressings along with surgical debridement have suboptimal results. Vacuum-assisted closure (VAC) therapy has been used for management of complex wounds successfully. In this review,

we report 2 cases with perineal wound complications after APR in which VAC therapy showed promissory results.

Key Words: abdominoperineal resection, perineal wound, Vacuum-assisted closure.

INTRODUCCIÓN.

Las complicaciones de la herida perineal son un problema mayor posterior a la resección abdominoperineal (RAP).⁽¹⁾

La incidencia descrita es elevada, con cifras reportadas entre 14 a 80%.⁽²⁾

Las principales complicaciones de esta cirugía corresponden a la dehiscencia, infección y colecciones de la herida perineal. Éstas resultan en un incremento de la morbilidad, del tiempo de estadía hospitalaria, aumento en los costos médicos y en un eventual retraso en el inicio de la terapia adyuvante en los casos indicados.⁽²⁾

Los resultados del tratamiento de dichas complicaciones con curaciones locales son generalmente subóptimos.

En 1993, Argenta presentó los resultados del uso de curaciones con presión negativa (sistema VAC®) para el tratamiento de heridas complejas, promoviendo su cierre por segunda intención.⁽³⁾

Este sistema aspirativo actúa disminuyendo la colonización bacteriana, el edema tisular y la tensión sobre la herida mientras aumenta el flujo sanguíneo, el depósito de colágeno y la angiogénesis. Esto último promueve un desarrollo precoz del tejido de granulación.⁽⁴⁾

OBJETIVO

Reportar el uso del sistema VAC® (KCI Kinetix Concept Inc, San Antonio, Texas) para el manejo de la herida operatoria perineal luego de una

RAP complicada con una dehiscencia y/o infección.

TÉCNICA

Instalación de esponja de poliuretano reticulado en la herida operatoria o cavidad perineal, sello con lámina adherente y aplicación de presión negativa a 125 mmHg. (Figura 1)



REPORTE DE LOS CASOS

Caso 1

Paciente de sexo femenino, de 61 años de edad, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 e hipotiroidismo, con diagnóstico de adenocarcinoma de recto inferior avanzado cT3 N+, por lo cual es sometida a una terapia neoadyuvante con radio-quimioterapia con escasa respuesta. Se realiza una RAP, efectuándose un cierre primario de la herida perineal.

Evoluciona con infección y dehiscencia de la herida operatoria, observándose una gran cavidad a nivel perineal. (Figura 2) Inicialmente manejada con tratamiento antibiótico ajustado a culti-

vo con respuesta no favorable. Se solicita tomografía computada (TC) de abdomen y pelvis que evidencia colección en región perineal y pélvica, por lo cual se decide manejo con instalación de sistema VAC®. (Figura 3) Se instala esponja en herida operatoria con sellado en la región perineal e interglútea y aplicación de presión negativa. Se realizó cambio de VAC® en 5 oportunidades cada 7 días, logrando, luego de 54 días de hospitalización, el cierre parcial de la herida perineal y sin colección residual. (Figura 4)

Caso 2

Paciente de sexo masculino, de 57 años de edad, con antecedentes de tromboembolismo pulmonar en tratamiento anticoagulante y tabaquismo activo de 40 paquetes/año, con diagnóstico de adenocarcinoma de recto inferior avanzado, por lo que se indicó terapia neoadyuvante con radioquimioterapia con respuesta pobre. Se realiza RAP con cierre primario de herida perineal.

En su evolución postoperatoria presenta infección de la herida operatoria perineal asociado a dehiscencia. Se inicia antibioterapia y se instala sistema VAC® por 1 semana, posterior a lo cual se observa una herida sin signos inflamatorios locales y con abundante tejido granulatorio. Es dado de alta en buenas condiciones generales el 25° día postoperatorio con favorable evolución posterior.

DISCUSIÓN

La resección abdominoperineal del recto y ano (RAP) da como resultado una gran cavidad a nivel pélvico-perineal formada por estructuras circundantes “rígidas” adheridas a la estructura ósea de la pelvis que debe ser sellada por tejido granulatorio. La falla en este proceso, asociado a un espacio muerto que tiende a acumular líquido y coágulos, aumenta la incidencia de compli-

FIG. N° 2: HERIDA PERINEAL DEHISCENTE CON CAVIDAD EN PROFUNDIDAD.



FIG. N° 3: TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE PELVIS QUE MUESTRA GRAN CAVIDAD A NIVEL PERINEAL Y PÉLVICO POSTERIOR A RAP.

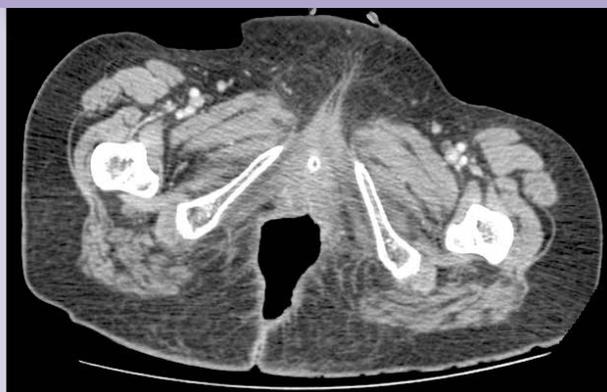


FIG. N° 4: HERIDA PERINEAL CASI TOTALMENTE CICATRIZADA POSTERIOR A USO DE SISTEMA VAC.



caciones como colecciones, infección y dehiscencia de la herida operatoria. ⁽⁵⁾

Para la prevención de estas complicaciones se han descrito diferentes opciones, tales como cierre primario de la herida perineal con o sin drenaje, reconstrucción con colgajos plásticos y uso de packing en la región pélvica dejando la herida perineal abierta, todas con resultados variables. ⁽⁶⁾

Para el tratamiento de estas complicaciones, el desbridamiento quirúrgico y las curaciones con técnicas avanzadas siguen siendo el pilar terapéutico; sin embargo, en ocasiones se requieren largos períodos de hospitalización para lograr buenos resultados, por lo que han surgido reportes de uso de sistema VAC® para su tratamiento. ⁽⁶⁾

El sistema VAC®, inicialmente descrito en 1993 para el manejo de heridas crónicas, ha sido utilizado ampliamente para el manejo de heridas complejas de distintas localizaciones con resultados alentadores.

El mecanismo exacto por el cual el sistema VAC® funciona es sólo parcialmente conocido. Se pos-

tula que la presión negativa actuaría promoviendo la formación de tejido granulatorio, hecho fundamental para el tratamiento de la cavidad pélvico-perineal residual posterior a una RAP. Además de esto, actuaría aumentando la perfusión tisular y por ende, la oxigenación del territorio. ⁽⁷⁾

Una de las principales condiciones para lograr el éxito terapéutico con el sistema VAC® es lograr un sellado adecuado, hecho técnicamente difícil de lograr en la región perineal por factores anatómicos evidentes, por lo que se requiere un adecuado entrenamiento para su instalación.

Los pacientes descritos en este reporte presentaron una evolución favorable luego del uso del sistema aspirativo, logrando controlar el proceso infeccioso local y permitiendo un óptimo manejo de las secreciones de la herida perineal por parte del personal de enfermería.

CONCLUSIÓN.

El sistema VAC® parece ser una alternativa válida para el manejo de la dehiscencia e infección de la herida perineal posterior a una RAP.

REFERENCIAS.

1. Caprice K. Christian, M.D., M.P.H., Mary R. Kwaan, M.D., Rebecca A. Betensky, Ph.D., Elizabeth M. Breen, M.D. Michael J. Zinner, M.D., Ronald Bleday, M.D. Risk Factors for Perineal Wound Complications Following Abdominoperineal Resection. *Dis Colon Rectum* 2005; 48: 43–48
2. R. Sinna, M. Alharbi, N. Assaf, D. Perignon, Q. Qassem, M. Gianfermi, J.-B. Deguines, J.-M. Regimbeau, F. Mauvais Management of the perineal wound after abdominoperineal resection. *Journal of Visceral Surgery* (2013) 150, 9–18.
3. Shiki Fujino, Norikatsu Miyoshi, Masayuki Ohue, Shingo Noura, Yoshiyuki Fujiwara, Masahiko Yano, Masahiko Higashiyama, Masato Sakon. Vacuum-assisted closure for open perineal wound after abdominoperineal resection. *International Journal of Surgery Case Reports* 11 (2015) 87–90.
4. Rebecca L. Wiatrek, M.D., J. Scott Thomas, M.D., and Harry T. Papaconstantinou, M.D. Perineal Wound Complications after Abdominoperineal Resection. *Clin Colon Rectal Surg* 2008;21:76–86.
5. M. Yousaf, B.Sc., F.C.P.S. (Pak.), A. Witherow, R.G.N., K. R. Gardiner, M.D., M.Ch., F.R.C.S. (Gen.), R. Gilliland, M.D., F.R.C.S. (Gen.) Use of Vacuum-Assisted Closure for Healing of a Persistent Perineal Sinus Following Panproctocolectomy: Report of a Case. *Dis Colon Rectum* 2004; 47: 1403–1408.
6. Artioukh DY, Smith RA, Gokul K. Risk factors for impaired healing of the perineal wound after abdominoperineal resection of rectum for carcinoma. *Colorectal Dis* 2007;9:362–7.
7. Dearsch T, Morykwes M, Clarks M, Argenta L. Effects of negative and positive pressure on skin oxygen tension and perfusion. In: 4th Annual Meeting of Wound Healing Society; 1994; San Francisco.



POSTGRADOS EN ENFERMERÍA

- **Magíster en Gestión de Seguridad de Pacientes y Calidad de la Atención.**
- **Diplomado en Gestión Clínica y Calidad Hospitalaria.***
- **Diplomado en Manejo de Heridas, Úlceras y Ostomías.**
- **Curso Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.**

* Este diplomado impartido por la Escuela de Enfermería de la U. Mayor es homologado con algunas asignaturas del programa de Magíster en Gestión de Seguridad de Pacientes y Calidad de la Atención.

La Escuela de Enfermería está facultada para suspender la actividad en caso de no contar con el mínimo requerido de participantes.

Informaciones:



600 328 1000



contacto.postgrado@umayor.cl



www.umayor.cl/postgradomayor

Primera universidad chilena en acreditar su calidad en Estados Unidos



5 años
Acreditada
Desde mayo 2015
hasta mayo 2020

Universidad Acreditada en Gestión
Institucional, Docencia de Pregrado
y Vinculación con el Medio.

UNIVERSIDAD ACREDITADA 2015 - 2020



UNIVERSIDAD MAYOR
REACREDITADA EN EE.UU.



CÁNCER COLORRECTAL Y PACIENTE OSTOMIZADO

UN DESAFÍO PARA ENFERMERÍA

E.M. Ximena Meneses

Enfermera Matrona. Pontificia Universidad Católica de Chile. Diplomada en Gestión en Servicios de Salud PUC, Diplomado en Heridas y Ostomías Universidad de Barcelona. Departamento de Cirugía Digestiva Hospital Clínico Red de Salud UC- Christus

E-mail: xmenesesc@hotmail.com

El cáncer colorrectal ha ido en aumento en el mundo, sobre todo en regiones industrializadas. En Chile es la segunda causa de muerte por cánceres digestivos. La tecnología ha permitido el avance de las técnicas quirúrgicas, por tanto la creación de una ostomía es cada vez más frecuente.

Esta situación provoca en la persona un impacto que afecta su contexto bio-psico-social. El profesional de enfermería debe conocer, valorar y evaluar las diversas características y alternativas de manejo para lograr en el paciente una vivencia positiva de esta situación, mejorando así su autoestima, calidad de vida y autocuidado.

Palabras Clave: Cáncer colorrectal, colostomía, cuidados de enfermería.

SUMMARY

Colorectal cancer has been increasing in the world, especially in industrialized regions. In Chile is the second leading cause of death from digestive cancers. Technology has enabled the advancement of surgical techniques, thus creating a stoma is increasingly common.

This situation causes an impact in the individual context affecting bio-psycho-social. The nurse must learn to assess and evaluate the various features and management alternatives for achieving a positive patient experience of this situation improving their self-esteem, quality of life and self-care.

Key Words: Colorectal cancer, colostomy, nurse care

INTRODUCCION

El cáncer colorrectal (CCR) afecta principalmente a regiones industrializadas, ocupando el tercer lugar en incidencia en el hombre (10% del total) y el segundo en la mujer (9,4% del total); 60% de los casos ocurre en países desarrollados. Las tasas más altas se ubican en Australia/Nueva Zelanda y Europa del Este, las más bajas en África (excepto África del Sur) y Sud Centro de Asia, siendo intermedias en América Latina. La incidencia es levemente mayor en hombres que en mujeres con una relación de 1.4:1 ⁽¹⁾.

En Chile, el año 2010 el CCR alcanzó a 5,9% del total de las muertes por cáncer. En su conjunto, los cánceres digestivos son responsables de 41,8% del total de los fallecimientos por esa causa; de ellos, el CCR es la segunda causa de muerte después del gástrico.

La indicación de realizar una ostomía va a depender del diagnóstico médico del paciente. Esta podrá ser transitoria o definitiva dependiendo de la razón que motivó su creación. En general, la mayoría de las ostomías son transitorias y tienen el fin de realizar una derivación en el flujo intestinal mientras se consolida una anastomosis; sólo será definitiva en caso de ser necesaria la exéresis de todo el colon y recto, incluido el aparato esfinteriano.

Ostomía es la exteriorización de un órgano hueco o segmento de un órgano perteneciente a algún sistema de nuestro organismo; así, en el caso del tracto gastrointestinal, es la exteriorización de algunos de sus segmentos: esófago, estómago, íleon, o colon, recibiendo su nombre de acuerdo al órgano exteriorizado, esto es, esofagostomía, gastrostomía, ileostomía y colostomía. En los pacientes con CCR las ostomías más frecuentes son de eliminación: ileostomía y colostomía.

Para la persona, vivir con una ostomía es un reto importante, puesto que representa en muchos casos un doble desafío: por una parte, la incertidumbre de su diagnóstico de base relacionado con el futuro y por otro lado, el miedo al rechazo, los mitos asociados a esta condición que conlleva una nueva imagen corporal, cambio en su intimidad, provocando que la persona cambie sus hábitos higiénicos de eliminación, convirtiendo una situación que es personal, privada e individual en compartida y pública. De estas situaciones se generan una serie de vivencias que impactan en la integridad del individuo, donde la depresión se hace común y relevante ⁽²⁾.

La ostomía propiamente tal lleva implícita una agresión tanto física como psicológica, que va a afectar la integridad corporal del paciente, su autoimagen, capacidad funcional y relacional, suponiendo así un impacto en la identidad de la persona y a la vez, en la calidad de vida global.

En los pacientes operados por CCR se ha descrito en forma sistemática que poseen una alteración de la calidad de vida respecto de su basal previo a la confección de la ostomía. Esta alteración es más evidente en algunos aspectos, como en la satisfacción con la apariencia personal, problemas sexuales, interferencia con el desarrollo del trabajo diario, actividades recreativas y viajes ⁽³⁾.

El paciente percibe que se ha realizado un cambio en su persona, lo que pone en marcha factores como la adaptación al cambio, la ansiedad y las actitudes o conductas ⁽⁴⁾.

La influencia del estoma en la vida diaria puede considerarse desde dos puntos de vista: desde el punto de vista práctico, causará en el paciente un cambio de hábitos, aprendizaje y desarrollo de nuevas habilidades además de aspectos más sub-

jetivos, que guardan relación con la experiencia del proceso, con los sentimientos y con el desarrollo de nuevas conductas y actitudes ⁽⁵⁾.

Como profesionales dedicados al cuidado del ostomizado es importante mantener una actitud clara sobre las actitudes del paciente y familia, no olvidando que el protagonista es el paciente, no la enfermedad y nosotros somos los colaboradores para permitir que este proceso se cumpla con éxito, ayudando a la persona al afrontamiento de esta nueva situación ⁽⁶⁾.

Nuestro objetivo será transmitir un mensaje positivo con el fin de ayudar a afrontar la realidad que padece, fomentando la independencia, autonomía y aceptación. Esto se logrará mediante diversas técnicas, ya sea aportadas desde lo cognitivo en la transmisión del conocimiento para el cuidado y manejo de su estoma, como en las técnicas asociadas al uso de los dispositivos, entregando estos contenidos de manera comprensible, clara y acorde a las características del paciente ⁽⁷⁾.

También es importante no dejar de lado el aspecto afectivo, manteniendo una relación de ayuda, donde la empatía y escucha activa son fundamentales para afianzar en la persona su autoestima. Verbalizar sus preocupaciones y miedos le permite iniciar su proceso de mejoría, de tal manera que logrará así una vivencia positiva de esta situación ⁽⁸⁾.

El tipo de ostomía, las características del efluente, localización, tipo de dispositivo y periodicidad de las deposiciones, tendrán una gran trascendencia en las limitaciones y, por lo tanto, con la aceptación de la persona a la nueva condición ⁽⁹⁾.

La adaptación, dependiendo de la edad y el género, se realizará de diversas maneras:

- Los hombres están más predispuestos a una regresión y de esta manera se apoyan en el entorno femenino del hogar.
- Las mujeres consideran su estoma como una agresión a la belleza y seducción.
- Los niños reaccionan buscando la protección continua del adulto; sin embargo, pueden presentar demostraciones de agresividad como respuesta de autodefensa.

Uno de los ámbitos más afectados es la imagen corporal. Este concepto será diferente en cada uno, dependiendo de la edad, cultura, moda e ideales; sin embargo, en todos producirá un nivel de impacto ⁽⁶⁾. El profesional de enfermería debería poder evaluar el riesgo de afectación de esta condición; para ello debe considerar factores como manejo de sus dispositivos, el apoyo familiar, la independencia en la toma de decisiones y actitud para la resolución de los problemas ⁽⁹⁾.

Por último, relacionado con la imagen corporal, está el aspecto sexual. Su alteración o cambio puede asociarse al aspecto psicológico y/o fisiológico secundario a la cirugía, destacando alteraciones en la eyaculación, erección o dispareunia. La verbalización de esta condición dependerá de manera importante de la edad del paciente, su cultura y tabúes. El profesional de enfermería, a través de la comunicación y empatía, ayudará a la disminución de la ansiedad y angustia del paciente ⁽¹⁰⁾.

La valoración de la red de apoyo es un punto relevante, puesto que la sobrecarga puede alterar la relación con el cuidador produciendo rechazo o sobreprotección para el paciente. Este desequilibrio también incide en las relaciones, comprometidos y en la vida sexual de la persona ostomizada.

RESUMEN

El abordaje del cuidado del paciente ostomizado debe ser más allá del aspecto biológico, considerando el ámbito psico-social con una mirada holística en las diferentes dimensiones del ser humano, con una consejería y apoyo en la toma de decisiones, donde la enfermera es el pilar fundamental para el paciente, dando una atención de calidad enmarcada en la comprensión y el

respeto, apoyada en programas educativos que fomenten el autocuidado, dirigidos al paciente y familia, respaldos por los sistemas de salud y coordinado con el trabajo de equipos multidisciplinares.

El paciente ostomizado requiere, por lo tanto, de los cuidados derivados de su patología y cirugía como también de la restitución de su identidad como persona.

BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Salud, Guía Clínicas AUGE. Cáncer colorrectal en personas de 15 años y más. 2013. Recuperado de: web.minsal.cl/portal/url/item/db8329dc44e6371de0400101640126b5.pdf
2. Ferreira, A. Viviendo con una ostomía: percepciones y expectativas desde la fenomenología social. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 22(3), 687-693. 2013. Retrieved December 01, 2014, from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300015&lng=en&tlng=es. 10.1590/S0104-07072013000300015.
3. Valdivieso, M. & Zárate, A. Calidad de vida en pacientes con cáncer de recto. *Revista Médica Clínica Las Condes*, vol(4)716-721. 2013. Recuperado de: www.clc.cl/Dev.../18_Ps.-Mar-ja-Fernanda-Valdivieso-B.pdf
4. Cascais, A. Filipa Marques V, Martini, Jussara Gue, & Almeida, Paulo Jorge dos Santos. O impacto da ostomia no processo de viver humano. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 16(1), 163-167. 2007. Retrieved July 30, 2015, from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000100021&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0104-07072007000100021.
5. Campos, N (2008). Estrategias de enfrentamiento (coping) en las personas ostomizadas. *Rev.latino-am Enfermagem* julio-agosto 16(4). 2008. Recuperado en www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/16994/18925
6. Corella Calatayud, J. M.; Mas Vila, T.; Tarragón Sayas, M.ª A.; Corella Mas, J. M. Enfermería y Estomatología. 2001. Disponible en: www.enfervalencia.org/ei/antiores/articulos/rev59/artic06.htm
7. Hernández. Impacto de un plan de intervención educativa en la calidad de vida del paciente ostomizado. *Reduca. Serie Trabajos de Fin de Master*, 3(2), 504-533. 2011. Recuperado de <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/.../780>
8. Arrais, F., De Souza, P., Leite de Araujo, T., Gimenez, M. Asistencia de enfermería al paciente con colostomía. *aplicación de la teoría de Orem, Acta Paulista de Enfermagem*, 21(1), 94-100. 2008.
9. Crespillo, A.; Martín, B. (2012) La adaptación al entorno sociofamiliar del paciente ostomizado: Estudio cualitativo de un caso. *Index Enferm* 21(1-2) Granada. 2012. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000100010&lng=es&nrm=iso. accedido en 01 dic. 2014. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000100010>
10. Nohora I. Impacto del estoma y la herida crónica en la familia y la calidad de vida del paciente. (s/f). Disponible en www.enfermeria.unal.edu.co/.../Ponencias%20Simposio%20heridas%20

La prevención de las Ulceras por Presión está en tus manos

LINOVERA®



Ácidos Grasos Hiperoxigenados para el cuidado de pieles sensibles y frágiles (Ácido Linoléico).

Aloe Vera y Centella Asiática, mejoran la resistencia de la piel, reparan el daño epidérmico, restauran la circulación capilar y estimulan la síntesis de colágeno. Efecto rehidratante y cicatrizante.

B. BRAUN
SHARING EXPERTISE

B. Braun Medical SpA. | División OPM | Av. Puerta Sur 03351 | San Bernardo
Teléfono: 56-2-4407163 | Fax: 56-2-6234334

RED DE DISTRIBUIDORES EN LA REGIÓN METROPOLITANA

Para conocer Red de distribuidores en provincia, contactar con: 02-4407163.

BIOMED: Luis T. Ojeda N° 95 Loc. 5 | Av. Las Condes N° 7004 | Av. Providencia N° 2467 | Merced N° 361 | **REHACARE:** Av. José Manuel Infante N° 698
CASA DEL ENFERMO: Av. 11 Septiembre N° 2266 | Av. Vitacura N° 6195 Loc.94 | **FARMACIA S. ANTONIO:** Metro Esc. Militar local 13 | San Antonio N° 575
EQUISAL: Marcoleta N° 328 Loc.4 | **SOLUMEX LTDA.:** Huérfanos N° 779 - Of. 1103 | **SILFAB:** Alameda N° 4605, frente Teletón | Alameda N° 5199 / Las Rejas, Subterráneo Líder
ORTOPEDIA MULLER: Huérfanos N° 713 | **CATERINA:** Lira N° 843 | Vitacura N° 5900 Loc.102 | **COM. SKULLMAN:** Chacabuco N° 79 | **ORTOPEDIA SUÍZA:** Serafín Zamora N° 40 Loc.1 | Av. Iramázabal N° 3101 | Manuel Rodríguez N° 46 Loc.42 | Mar Tirreno N° 3349 - Loc. 1069 | **CLINI HOUSE:** V. Mackenna N° 296 | **ORTOMEDICAL:** Gran Avenida N° 6690, Metro Lo Ovalle | Gran Avenida N° 9163, Metro La Cisterna | **CENTRO ORTOPEDICO MEYER LTDA.:** Av. Independencia N° 928 | **CORP. DE OSTOMIZADOS DE CHILE:** Santa Mónica N° 2278 | **VITALSALUD:** Teatinos N° 699 | Salvador N° 327 | **PARACARE:** Alonso de Córdova N° 6180

www.bbraun.com

ESTOMAS INTESTINALES ¿POR QUÉ DEMARCAR?

E.U. Andressa F. Guimarães

*Enfermera Intensivista por la Escuela de Enfermería de la Universidade Federal da Bahia y
Estomaterapeuta por la Faculdade de medicina de Sao José do Rio Preto.*

E.U. João J. Gomes

Enfermero Doutorando en Ciencias de la Salud por la Faculdade de medicina de Sao Jose do Rio Preto.

E.U. Mayara M. Raposo

*Enfermera Intensivista Pediátrica e Neonatal pela Atualiza Cursos, Salvador-Ba Bahia e
Estomaterapeuta por la Faculdade de medicina de Sao José do Rio Preto.*

E.U. Nayara R. Gerez

*Enfermera especialista en Salud da familia pela Faculdade Santa Marcelina e Estomaterapeuta por la
Faculdade de medicina de Sao José do Rio Preto.*

E.U. Simone D. Larangeira

*Enfermera Intensivista por la Atualiza Cursos, Salvador-Ba Bahia e Estomaterapeuta por la
Faculdade de Medicina de Sao José do Rio Preto.*

Contacto: Nayara Gerez

Nurse Medical Trainer in Latin America

+55 11 9.6385-8568

+55 11 3841-9836

São Paulo – Brazil

E-mail: Nayara.Gerez@at.LRmed.com



Demarcación es la delimitación mediante marcas con el objetivo de elegir el lugar más adecuado en el abdomen para la construcción del estoma. El objetivo de este estudio es analizar la producción científica para describir lo que está en la literatura sobre demarcación intestinal. Revisión de literatura como artículos científicos completos publicados desde 1993 hasta 2014. Como criterio de inclusión fueron considerados artículos completos en español, inglés y portugués, indexados en bases de datos LILACS y biblioteca virtual SciELO sobre el tema abordado. Los 16 artículos seleccionados abordan tres ideas centrales: importancia de la demarcación del estoma como etapa del período preoperatorio, descripción de la técnica adecuada de demarcación y complicaciones relacionadas con la ausencia de demarcación previa. Se concluye que la demarcación del estoma es esencial para el éxito de la cirugía, menos complicaciones y mejor rehabilitación. Se espera despertar interés en la comunidad científica para la realización de nuevos estudios sobre este tema.

Palabras Clave: estomas quirúrgicos; calidad de vida; autocuidado; enfermería.

ABSTRACT

Demarcation is the delimitation through marks with purpose for choosing the most suitable place in the abdomen for the construction of the ostomy. The objective of this study is to analyze the scientific production about intestinal demarcation. Literature review using as source complete scientific articles published from 1993 to 2014. As inclusion criteria considered complete articles in Portuguese, English and Spanish indexed in databases LILACS and SciELO virtual library; with the addressed topic. Were select 16 articles which deal with three points: the demarcation importance in the preoperative period, description of the correct demarcation technique and complications related to the absence of previous demarcation. In conclusion the ostomy demarcation is essential for the surgery success, complications reduction and better rehabilitation. It is expect to awake in the scientific community's interest for further studies on this topic.

Key Words: surgical ostomy; quality of life; self-care; nursing.

INTRODUCCIÓN

Estoma o ostomía es una palabra de origen griego que corresponde a apertura o boca, e indica la exteriorización de una víscera hueca mediante algún segmento del cuerpo ⁽¹⁾ con el objetivo de alimentación o eliminación de líquidos y efluentes fisiológicos. ⁽²⁾ Entre los estomas intestinales hay colostomías e ileostomías; para su construcción se debe realizar antes la demarcación en la ubicación adecuada. ^(3,4)

Demarcación es la determinación o la delimitación de las fronteras mediante marcas ⁽³⁾, en la pared abdominal, con un método que permanece indeleble en el período intraoperatorio y que

favorece la producción de una abertura anatómica adecuada para permitir la adaptación de los sistemas colectores. ^(3,5)

Esta revisión de la literatura analiza la producción científica sobre la realización de la demarcación del estoma por el enfermero y se justifica por la importancia de los conocimientos de los enfermeros sobre el tema propuesto en la fase preoperatoria para una mejor adaptación del paciente al dispositivo, además de la prevención de las complicaciones peri-estoma.

METODOLOGIA

Este es un estudio de revisión de la literatura en la que se utilizan como fuente de datos, artículos en español, inglés y portugués completos, publicados desde 1993 hasta el presente.

La búsqueda se realizó con la intersección de los siguientes (DeCS) descriptores en Ciencias de la Salud: estomas quirúrgicos, calidad de vida, auto-cuidado y enfermería.

Como criterios de inclusión se consideraron artículos indexados en las bases de datos bibliográficas LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud) y la biblioteca virtual SciELO (Scientific Electronic Library Online) con el tema abordado y artículos completos en español, inglés y portugués. Se excluyeron artículos que no cumplieran con los criterios anteriores, tesis y monografías. Después de la selección de artículos se hizo una lectura analítica del material resultante de la literatura, con su posterior organización y análisis.

RESULTADOS Y DISCUSION

Se recogieron, en un principio, 29 artículos; 13 de ellos no cumplían con los criterios de inclusión y al final se seleccionaron 16 artículos que abordan las tres ideas centrales: la importancia

de la demarcación del estoma como una etapa del período preoperatorio, descripción de la técnica adecuada para la demarcación del estoma y complicaciones relacionadas con la ausencia de demarcación previa. Entre los seleccionados, 1 fue en español, 1 en inglés y 14 en portugués.

La visita preoperatoria del enfermero estomaterapeuta al paciente que va a someterse a una cirugía electiva generadora de ostomía debe ser realizada específicamente el día antes de la cirugía u horas antes de su realización. Este momento es crucial para la interacción enfermera-paciente, objetivo antes de la selección y demarcación del sitio donde se exteriorizará el futuro estoma y también para explicar el paciente en cuanto a la cirugía, la ostomía y su tratamiento. ^(3,5,6,7)

La falta planeada de asistencia a los pacientes del ostomizado antes de la operación, además de intervenir en la rehabilitación del paciente, también implicará un proceso de atención largo y costoso, ya que aumenta la pérdida de tiempo y dinero en la rutina en los cambios de bolsas. ^(5,8,9,10)

La selección del sitio para hacer el estoma implica, en un principio, la evaluación en el abdomen del paciente, con base en seis factores básicos: tipo de cirugía a realizar, ubicación del músculo recto-abdominal, elección de un área con suficiente piel para la instalación del dispositivo colector, distancia adecuada de las áreas críticas (espina ilíaca anterosuperior), la visibilidad local y presencia de prótesis y / o aparatos ortopédicos que requieren apoyo abdominal. ^(3,5,8,9,11,12,13)

Además de estos factores, hay algunas situaciones que requieren un cuidado especial en el momento de la demarcación, como son los pacientes obesos o desnutridos; el uso de silla de ruedas; producción de dos estomas; emergencias

y estomas en niños. También es necesario tener en cuenta los factores físicos, sociales, culturales y religiosos que puedan afectar la selección del sitio más adecuado para la demarcación. ^(5,7,12,14)

En cuanto a la técnica de demarcación, se debe optar por un método para la marca o signo que sea seguro, indeleble y no traumático para el paciente y cuya identificación sea de mayor simplicidad para la enfermera y cirujano durante la cirugía. ^(3,9,15)

En los artículos seleccionados se describen tanto las complicaciones del estoma derivadas de la falta de demarcación previa, como también algunos otros factores relacionados o causales que van desde la edad, la dieta, la técnica quirúrgica inadecuada, el esfuerzo físico temprano, deterioro en el autocuidado, las infecciones, el aumento de peso y hasta la falta de dispositivos adecuados. ^(8,10,11,14,16)

Entre las principales complicaciones tempranas y tardías reportadas debido a la falta de demarcación se destacan: el trastorno emocional, la dermatitis periestoma, prolapso, hernia y retracción. La demarcación no programada puede hacer que el paciente se sienta invadido por no ser capaz de decidir el lugar del estoma y por no respetar su estilo de vida, lo que genera el fracaso en el ajuste social en el futuro. ^(3,8,10,12,17)

La dermatitis peristoma fue citada en un mayor número de artículos, una vez que los problemas del estoma mal ubicado determina la adherencia de la bolsa y las fugas de excrementos, generando así lesiones irritativas en la piel peristomal; ^(3,6,8,9,12,13,17,18) sin embargo, algunos artículos destacan la relación de complicaciones tales como el prolapso, hernia periestomal y retracción debido al estoma mal ubicado por falta de demarcación con la aparición de estas lesiones tardías. ^(1,3,11)

CONSIDERACIONES FINALES

Los cuidados de enfermería en el preoperatorio con la demarcación del estoma contribuyen a la reducción de complicaciones después de la cirugía y/o permitir a los pacientes identificar temprano los principios, a fin de proporcionar la atención de enfermería individual, centrada en el paciente y sus necesidades.

Seleccionar y demarcar el sitio para realizar la fabricación del estoma aún no se lleva a cabo de forma sistemática en la práctica de los cuidados de enfermería, especializados o no; por otra par-

te, la demarcación realizada por un profesional capacitado, aplicando la técnica correcta, asegura la reducción del riesgo de fracaso del procedimiento y una mejor rehabilitación y la consecuente mejor calidad de vida.

Por lo tanto, se espera que este estudio induzca a los profesionales que colaboran en las ostomías a lograr que en Brasil se garantice un derecho basado en la Ley, mediante el conocimiento de los beneficios de este procedimiento, dando el énfasis y la importancia que se merece.

REFERENCIAS

1. Aguiar ESS, Santos AAR, Soares NJGO, Ancelmo MNS, Santos SR. Complicações do estoma e pele periestoma em pacientes com estomas intestinais. *Rev Estima* – vol 9 (2) 2011 p.22-30.
2. Dias SM. Demarcando o local do estoma (Revisão). *Rev. Juiz de Fora*, v.23, p.62-76,1997.
3. Ferraz CA, Meirelles CA. Estudo teórico da demarcação do estoma intestinal. *Rev. Bras. Enferm. Brasília*, v.54, n.3, p.500-510, 2001.
4. Santos VLCCG. Fundamentação teórico-metodológica da assistência aos ostomizados na área da saúde do adulto. *Rev. Esc. Enf. USP*, v.34, n. 1, 2000.
5. Cesaretti IUR. O enfermeiro e a demarcação prévia do estoma intestinal ou urinário. *Acta Paul. Enf, São Paulo*, v. 11, n. 3, p. 60-69, 1998.
6. Mendonça RS, Valadão M, Castro L, Camargo TC. A importância da consulta de enfermagem em pré-operatório de ostomias intestinais. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2007; 55(4); 431-435.
7. Schwartz MP, Sá SPC. Ação educativa do enfermeiro no préoperatório da confecção do estoma intestinal: revisão integrativa. *Revista UFPE*. 2013.
8. Yamada BFA, Marcondes MG, Cesaretti IUR, Prado AA. Vislumbrando a demarcação no terceiro milênio. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 33. 1999.
9. Santos VLCCG. Buscando o lugar certo... *Rev. Paul.Enf.*, v.12, n.3, p. 103-106, 1993.
10. Simeón A, Lisbet R. Conocimiento sobre el autocuidado del colostoma en el hogar del paciente postoperado de cáncer de colon en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2012. Lima; s.n; 2014. 55p. tab, graf.
11. Ferraz CA, Meirelles CA. Avaliação da qualidade do processo de demarcação do estoma intestinal e das intercorrências tardias em pacientes ostomizados. *Rev. Latino-am Enfermagem*, 2001.
12. Silva EM, Popov DCS. Reabilitação do paciente estomizado. Um desafio para o enfermeiro. *Rev Enferm UNISA* 2009; 10(2): 139-43.
13. Burch J. Care of patients with peristomal skin complications. *Nurs Stand*; 28(37): 51-7, 2014, May 20.
14. Noronha DP, Ferreira SMSP. Revisões de literatura. Fontes de informação para pesquisadores e profissionais. Belo Horizonte: UFMG, 2000.
15. Paula MAB, Paula PR, Cesaretti IUR. Estomaterapia em foco e o cuidado especializado. São Caetano do Sul, SP: Yendis editora, 2014.
16. Paula RAB, Santos VLCCG. Estudo retrospectivo sobre as complicações do estoma e da pele periestoma em ostomizados da cidade de São Paulo. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 33, 1999.
17. Chilida MSP, Santos AH, Calvo AMB, Bello BEC, Alves DA, Guerino MI. Complicações mais frequentes em pacientes atendidos em um pólo de atendimento ao paciente com estoma no interior do estado de São Paulo. *Rev Estima* – vol 5 (4) 2007 p.31-36.
18. Monge RA, Avelar MCQ. A assistência de enfermagem aos pacientes com estomia intestinal: percepção dos enfermeiros. *Online Bras. J*; 8 (1) 2009.

MANEJO DEL ABDOMEN ABIERTO

*Dr. Alejandro Readi, Dr. José Luis Quezada, Dr. Eugenio Grasset.
Hospital del Salvador. Servicio de Cirugía.
Universidad de Chile
Contacto: areadi@hotmail.com*

Los distintos avances en la medicina han significado mejores resultados en el manejo de patologías complejas, dando oportunidades terapéuticas a pacientes que antiguamente no las tenían. Pacientes que antes quedaban fuera del alcance quirúrgico, como aquellos con gran deterioro orgánico o dificultad para el manejo inmediato por su asociación a gran morbilidad, hoy es factible otorgarles una alternativa terapéutica. El manejo de Abdomen Abierto ha significado un gran avance en el manejo de patologías que exigen un control de daño como sepsis severa o hemorragias abdominales u otras como el Síndrome Compartimental Abdominal.

Pese a disminuir la morbilidad del evento inicial, este manejo trae consigo otros problemas respecto a lograr un cierre primario de la pared: el minimizar los riesgos de hipertensión intra-abdominal y el lograr un buen manejo de fluidos que reduzcan los riesgos de infección. Se han diseñado distintas alternativas de cierre transitorio para estos efectos, siendo aquellos que combinan un cierre dinámico, fijación más un sistema de presión negativa, los que reportan los mejores resultados.

Gracias al sistema aspirativo, complicaciones como infecciones, trastornos hidroelectrolíticos o hernias asociadas al manejo de Abdomen Abierto han logrado disminuir su tasa en conjunto con la temida fístula intestinal o, peor aún, enteroatmosférica.

Sin poder asegurar bajo ningún sistema la ausencia de aparición de complicaciones, lo que de mayor forma ha logrado disminuir su riesgo es el cierre precoz de la laparotomía, entre 5 a 7 días.

Palabras Clave: Abdomen abierto, Sd. Compartimental, Control de Daños.

SUMMARY

The various advances in medicine have meant better results in the management of complex diseases, giving therapeutic opportunities for patients who formerly didn't. Patients who formerly were outside the surgical scope, such as those with large organic impairment or difficulty immediate management through its association with high morbidity, today is possible to give them a therapeutic alternative. Open Abdomen management has meant a breakthrough in the management of diseases that require damage control as severe sepsis or abdominal bleeding or other as the abdominal compartment syndrome.

Despite the initial decrease morbidity event, this operation brings other problems regarding achieving primary closure of the wall, minimizing the risk of intra-abdominal hypertension and achieve a good fluid management to reduce the risks of infection. Are designed for temporary closure alternatives for this purpose, with those who combine a dynamic seal, fastening plus a negative pressure system, those reporting the best results.

Thanks to the aspiration system, complications such as infections, hernias or electrolyte imbalance associated with the management of Open Abdomen have managed to reduce its rate in conjunction with the dreaded intestinal fistula or worse, enteroatmospheric.

Without in any system to ensure the absence of complications, which most forms has reduced its risk, is the early closure of the laparotomy, between 5-7 days.

KEYWORDS: Open Abdomen, Compartment Syndrome, Damage Control.

INTRODUCCIÓN

Por Abdomen Abierto (AA) se entiende aquel defecto creado en la pared abdominal y dejado intencionalmente abierto para completar posteriormente una cirugía o con la intención de descomprimir un síndrome (Sd) compartimental. El manejo del AA es un procedimiento relativamente reciente. Si bien Ogilvie habría reportado el primer caso de AA ocupando gasas bañadas en vaselina como cierre temporal, es Kron, de la Universidad de Virginia, durante 1980, quien introduce el concepto de exploración abdominal y descompresión con la intención de mejorar el resultado del manejo de pacientes con abdomen tenso⁽¹⁾. Asociado a esto, Pringle tempranamente instaura el concepto del packing⁽²⁾ y en 1983 Stone lo asocia a una laparotomía abreviada⁽³⁾, procedimiento que posteriormente es popularizado y denominado como cirugía de "control de daños" por Rotondo y Schwab⁽⁴⁾.

Desde entonces y hasta ahora se han logrado grandes avances médicos, tanto en el conocimiento de cuadros como la hipertensión abdominal y el Sd. compartimental, como en el desarrollo de nuevas técnicas e insumos. Esto ha permitido dar una oportunidad terapéutica y de cierre de pared a muchos pacientes con patologías importantes que antes terminaban complicados o con alto riesgo de generar hernias abdominales de difícil manejo.

La intención del AA es facilitar el manejo de un paciente cuyo cuadro requiere múltiples tiempos quirúrgicos y re-intervenciones, con lo cual, al mantenerse abierto, se reduce el daño sobre la pared abdominal al mismo tiempo que se permite descomprimir la cavidad abdominal e incluso reevaluar en la misma cama del paciente el estado del ambiente intra-abdominal. A esos objetivos directos se suman hoy el correcto manejo de

fluidos e infección y la búsqueda de una cobertura adecuada y temprana que limite la evolución tórpida del paciente.

ABDOMEN ABIERTO

El perfil de los pacientes a los que nos vemos enfrentados ha ido cambiando en el tiempo de la mano de la persistencia de patologías quirúrgicas complejas. Se presentan cada vez más pacientes críticos que sobreviven a las etapas precoces de la enfermedad siendo hospitalizados en unidades de terapia intensiva, a quienes se debe otorgar una alternativa terapéutica.

En torno a esto, el manejo de un paciente con AA confiere una importante herramienta terapéutica que permite el manejo de diversos pacientes como aquellos con patología abdominal grave y sepsis severa, cursando edema visceral que impide cierre sin tensión, síndrome compartimental intra-abdominal, cirugía de control de daños en trauma o para permitir una segunda inspección en patologías que difícilmente pueden ser resueltas en un solo tiempo como la isquemia mesentérica⁽⁵⁾.

La indicación de manejar a un paciente con AA se reserva fundamentalmente para tres situaciones⁽⁶⁾:

- Prevención o tratamiento de Síndrome Compartimental Abdominal.
- Sangrados o procesos intraabdominales que comprometen la vida o requieren una segunda evaluación.
- Sepsis intraabdominal severa.

Se han desarrollado sistemas de clasificación para el AA y el más extendido es aquel modificado por Björck et al el año 2009⁽⁷⁾ el que, sin embargo, su mayor utilidad ha correspondido al desarrollo de un lenguaje común (Tabla 1).

TABLA 1. CLASIFICACIÓN BJÖRCK

Grado	Descripción
1a	Sin adherencias entre el intestino y la pared abdominal o fijación
1b	AA contaminado sin adherencias o fijación
2a	AA limpio con desarrollo de adherencias o fijación
2b	AA contaminado con desarrollo de adherencias o fijación
3	AA complicado con formación de fistula
4 sin fistula	AA congelado con intestino adherido o fijado, sin fistula y con incapacidad de cierre quirúrgico
4 con fistula	AA congelado con intestino adherido o fijado, fistulizado y con incapacidad de cierre quirúrgico

Este procedimiento y considerando el contexto del paciente, conlleva una mortalidad asociada no despreciable, entre 12 y 25% para las indicaciones en general y alcanzando tasas de 22 a 40% cuando nos enfrentamos a un contexto séptico grave⁽⁸⁾.

INDICACIONES

Hipertensión Intra-abdominal y Sd. Compartimental

Con la intención de evitar el efecto deletéreo que tiene el aumento de la presión abdominal para el organismo, desde la limitación de la mecánica ventilatoria, pasando por la restricción al retorno venoso, hasta el directo compromiso orgánico isquémico secundario a la restricción de perfusión, la laparotomía descompresiva y consecuente manejo como AA ha alcanzado a transformarse en una real alternativa. Varios es-

tudios han mostrado la mejoría en la mecánica ventilatoria, hemodinamia y en la diuresis gracias al efecto descompresivo del abdomen ⁽⁹⁾; sin embargo, no existe evidencia suficiente que demuestre una mejor evolución ⁽¹⁰⁾.

Mientras más pronta la descompresión se plantea una mejor evolución, siempre y cuando se considere una vez que las maniobras no quirúrgicas no hayan sido efectivas ⁽¹⁰⁾.

Como Hipertensión Intraabdominal (HIA) podemos diferenciarla en cuatro tipos:

- I 12 a 15 mmHg.
- II 16 a 20 mmHg.
- III 21 a 25 mmHg.
- IV > 25 mmHg.

Se sabe que sobre 20 mmHg se compromete la perfusión orgánica y es en este punto donde se podrá desencadenar un Sd. Compartimental (SC) ⁽⁶⁾.

El SC propiamente tal se sospechará ante un abdomen tenso, con hipoxia e hipercapnia, aumento de la presión de vía aérea, hipotensión y oliguria; es decir, aquel punto en que la hipertensión abdominal lleva a un descalabro hemodinámico, generando distintas complicaciones relativas a su efecto compresivo y de hipoperfusión secundaria.

Este SC podrá tener un origen primario (Pancreatitis, Isquemia, Trauma), secundario (edema de asas) o recurrente (post resolución de un primario o secundario).

Considerado esto, se recomienda medir la presión intraabdominal ante la presencia de al menos 2 de los siguientes factores de riesgo:

- Poca capacidad continente.

- Aumento contenido intraluminal de asas intestinales.
- Aumento contenido intraabdominal.
- Sobrecarga de volumen.

Control de daños y sepsis.

El manejo de AA se ha constituido en uno de los principales avances para el manejo de pacientes críticamente deteriorados o enfermos ⁽¹¹⁾.

Se entiende por cirugía de control de daños aquella que intenta prevenir la caída del paciente en la tríada mortal de coagulopatía, hipotermia y acidosis.

A este escenario muchas veces se suma un contexto séptico, en cuyo caso diversos estudios plantean una mortalidad similar para el manejo abierto vs laparotomía a demanda. Es más, Robledo et al., antes de la aparición de sistemas de presión negativa, que mostraron un RR de 1.83 y OR de 2.85 es de mayor mortalidad para el manejo de AA ⁽⁶⁾; sin embargo, estudios más recientes han mostrado que en un contexto séptico, el manejo como AA utilizando sistemas de presión negativa no sólo resulta una alternativa viable, sino también se relacionaría a mejores resultados.

La presencia de peritonitis no sólo ha presentado el conflicto en torno a la mortalidad asociada, sino que también hoy lo podemos considerar como predictor independiente de falla en el cierre primario ^(12,13), relacionándose incluso con mayor tasa de fístulas ^(14,15).

Cuando nos encontramos con peritonitis en escenarios no traumáticos, el control de daños no es un tratamiento estándar aceptado ⁽¹⁶⁾; algunos estudios incluso han planteado la laparotomía según demanda como la conducta que ofrecería mejores resultados ⁽¹⁷⁾.

Lo que sí se acuerda de forma universal es que menos reexploraciones y un menor tiempo de AA se relaciona con una mayor tasa de cierre ^(18,19).

Finalmente, en un escenario con necesidad de una segunda exploración, por ejemplo, en una isquemia mesentérica, el manejo como AA ofrecería una mayor tasa de cierre facial que re-exploración ⁽²⁰⁾.

TÉCNICAS DE CIERRE TRANSITORIO.

Debido a las múltiples indicaciones, traumas, etiologías sépticas o manejo de post operados en conjunto con las diferentes técnicas utilizadas, la literatura muestra beneficios disímiles. Así, por ejemplo, se manejan tasas de cierre general promedio de 50.2% ⁽²¹⁾, con mayores beneficios, 73.6% ⁽²²⁾ cuando se asocia un trabajo sinérgico de un sistema de presión negativa con mediación de malla, pero si el contexto es séptico, incluso utilizando sistema de presión negativa, las tasas pueden reducirse hasta un 22% o, por otro lado, alcanzar hasta 92% de cierre en un trauma. ^(18,23).

El cierre inmediato de la pared trae consigo el riesgo de hipertensión intraabdominal (HIA), un mal manejo de líquidos intraperitoneales, mal control de la infección y la necesidad de una eventual re-laparotomía entre otros problemas. Para evitarlos, se han propuesto distintas técnicas de cierre transitorio cuyo objetivo siempre ha sido evitar la adherencia del asa intestinal, proteger la piel y, por supuesto, permitir el cierre de la cavidad abdominal ⁽²⁴⁾.

Hoy en día, sin embargo, e independiente de la técnica utilizada, no sólo la búsqueda de mejorar las tasas de cierre minimizando la retracción de los tejidos es el objetivo, sino que también un co-

recto manejo de fluidos que minimice las complicaciones del AA ha tomado peso.

Entre los atributos que deberá tener un buen sistema de cierre transitorio se cuenta con que sea capaz de:

- Minimizar el riesgo de HIA.
- Limitar la retracción de los tejidos.
- Disminuir el edema intestinal.
- Generar una correcta protección del asa intestinal y de la pared abdominal.
- Permitir una temprana alimentación enteral.
- Minimizar riesgo de fistulas y hernias mediante el cierre precoz.

De todos los sistemas de cierre transitorio, la terapia de presión negativa y el parche de Wittmann son aquellos que aparecen en numerosos estudios como los de menor mortalidad y mayor tasa de cierre [14,25], siendo aquel sistema de cierre dinámico combinado mediado por una malla o sutura asociada a un sistema de presión negativa aquel que reporta los mejores resultados.

Cuando comparamos sistemas por separado obtenemos resultados con tasas de cierre de hasta 72% para presión negativa, 68% para el parche de Wittmann y de 58% para sistemas de presión negativa domésticos. Cifras que caerían en un contexto séptico, 74.6% para un cierre dinámico, 48% para el VAC, 35% para sistema presión negativa doméstico y 27% para la bolsa de Bogotá (respecto al parche de Wittmann, la literatura es insuficiente en este contexto) ⁽⁸⁾.

Bolsa de Bogotá. (1984)

Como un método barato, rápido y replicable ha tenido alta aceptación a nivel global. Presenta

capacidad de evitar la necrosis e infección abdominal al establecer un punto de barrera entre éste y el ambiente. Corresponde a la fijación de una bolsa plástica estéril a la pared con la intención de contener las vísceras. Su problema radica en la incapacidad de aspirar el contenido de la cavidad peritoneal, limitando el control de líquidos tóxicos acumulados ^(6,10).

Por sí solo, se asocia a una gran variedad de complicaciones tales como formación de adherencias, la aparición de fístulas, posibilita la evisceración, ofrece menores tasas de cierre comparativo, facilita la contaminación por gérmenes externos, hemorragias, hernias y no tan sólo no permite el correcto drenaje de los líquidos peritoneales, sino que tampoco permite una correcta cuantificación de lo producido ⁽⁶⁾.

Malla

El uso de malla por sí solo carece de capacidad de evitar la retracción de los tejidos y de permitir un buen manejo de líquidos; aún así, su uso asociado a sistema de presión negativa ha reportado hasta 85% de cierre fascial ^(10,19), sistema que ha cedido terreno hacia el uso de sistemas de tracción elástica asociados a sistemas de presión negativa que alcanzan tasas de hasta 88% ⁽²⁶⁾.

Parche de Wittman

El parche de Wittman como sistema medianamente reciente, corresponde a dos piezas de velcro suturada a los bordes fasciales, que gana la ventaja del acceso directo a la cavidad abdominal, re-aproximando gradualmente los bordes de la pared ⁽²⁹⁾. Puede ser utilizado en conjunto con un sistema de presión negativa. De los problemas asociados a su uso, no tiene la capacidad de aspirar el contenido por lo cual podría contraindicarse en un contexto séptico.

Barker Vacuum Pack

Utilizando una cobertura plástica antiadherente fenestrada, se ubica un sistema de aspiración, previa separación con gasas y/o compresas. Conectado a la aspiración central de 100 a 150 mm Hg, este sistema deberá cambiarse cada 24 – 48 hrs. en busca de aquellos principios señalados. Se adelanta al sistema de VAC mundialmente conocido, mejorando la aspiración del contenido peritoneal que no lograba realizar la bolsa de Bogotá y, de esta forma, mejora la tasa de cierre primario ⁽¹⁰⁾. Barker reportó tasas de cierre de hasta 55% con tasas de fístula que bombearon el 4% durante el año 2000 (Fig. 1).

FIG. 1: BARKER VACUUM PACK INSTALADO EN LAPAROSTOMÍA CONTENIDA



Sistema de presión negativa

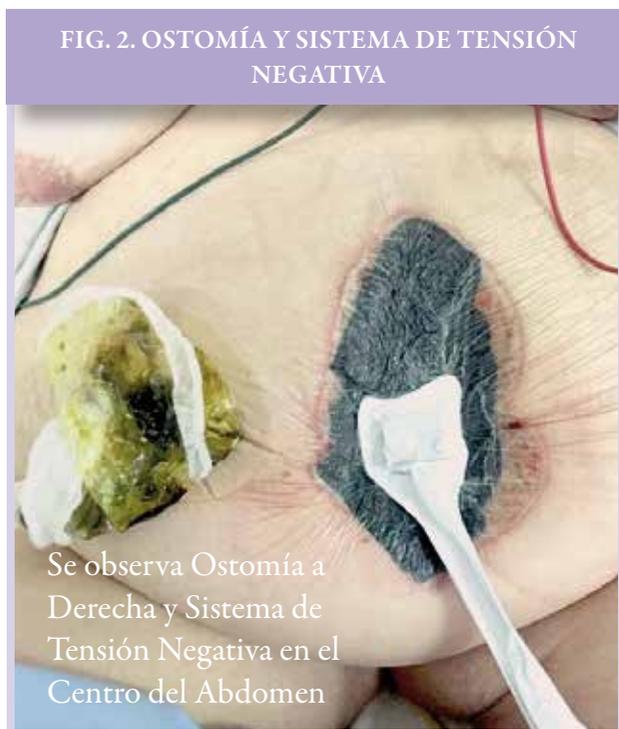
El uso de presión negativa ha demostrado en diversos estudios un mejor manejo de las presiones intraabdominales, menor estadía hospitalaria al lograr mayores tasas de cierre, menores complicaciones y una menor mortalidad ^(21,28). Más aún, Kubiak et al. el 2010 plantean, gracias a estudios desarrollados en cerdos, que el sistema aspirativo sería capaz de disminuir la inflamación sistémica

y el daño orgánico, resultado obtenido gracias a la remoción del líquido peritoneal y atenuación de la inflamación local (Fig. 2) ⁽²⁹⁾.

De esta forma, su uso ha mostrado beneficios no tan sólo al lograr mayor cierre, 2.8 veces mayor, sino también menor mortalidad, 4 veces menor, que se podría atribuir a la menor inflamación sistémica por la reducción de carga bacteriana, Cheatham et al ⁽³⁰⁾.

Las tasas de fístula reportadas van de 3 a 5% ⁽³¹⁾, siendo mayor en aquellos escenarios en los cuales se ha realizado anastomosis o el AA se realizó en contextos sépticos. Podría ser, además, favorecida por el uso de presiones negativas mayores.

Independiente del sistema de presión negativa a utilizar, se deberá intentar aproximar la pared desde los bordes en las cirugías siguientes para lo cual se puede utilizar mallas.



VAC con sistema antiadherente

La idea del desarrollo de mayores fístulas con el uso VAC ^(32,33) hoy ha sido desechada al no mostrar diferencias estadísticamente significativas. Carlson et al. incluso muestran una tendencia a menores tasas ^(34,35).

Por el contrario, cuenta con distintas ventajas al mejorar la distribución de presión negativa. Mayores altas tasas de cierre primario (Miller et al, en el 2004), logra una mejor extracción de líquido ^(8,36), reduce las pérdidas, es de fácil manipulación, permite el control de fístulas ⁽³⁷⁾ y ha demostrado la mayor precocidad de cierre respecto al uso de la bolsa de Bogotá, disminuyendo la retracción de la pared.

En la mayoría de los casos de AA, permite un cierre primario sin desarrollo de hernias ventrales; el problema mayor es el costo.

Finalmente, y como se señaló previamente, lograría disminuir los mediadores inflamatorios ^(29,38) y, asociado a una técnica de cierre secuencial sin tensión, lograría tasas de cierre de hasta 79%, evitaría la isquemia y necrosis fascial, reduciendo el riesgo de Sd. compartimental.

Los principios de este sistema VAC abdominal son:

- Proteger el abdomen de daño: para lo cual ocupa una interfaz protectora fenestrada que debe proteger los órganos y evitar adhesiones ⁽⁸⁾; así mantiene las opciones de cierre y reduce el riesgo de fístula ⁽³⁹⁾. Esta interfaz debe expandirse inicialmente hacia las correderas y el diafragma. Caso aparte son los buenos reportes que existen respecto a la utilización de una bolsa de Bogotá fenestrada para cumplir el rol de esta interfaz en sistemas diseñados a nivel local.

- Utilizar esponja especial de poliuretano: permite un buen paso del fluido y mantiene el dominio abdominal mediante la tracción de la pared ⁽¹⁰⁾, logrando un mejor cierre.
- Manejo de fluido abdominal: la idea es objetivar cantidad, limitar la infección, reducir la pérdida de calor ⁽⁸⁾ e incluso en estudios en animales ha logrado disminuir el edema intestinal ⁽²⁹⁾.
- Manejo de presión negativa sobre -80 mmHg: no se ha investigado el nivel más apropiado; sin embargo, presiones ideales para permitir la reproducción celular y maximizar la expansión de tejido se ha establecido como -125 mmHg la cual, a su vez lograría un mejor drenaje ⁽⁴⁰⁾. Mientras tanto, presiones entre -50 y -80 mmHg. se reservarían para uso en pacientes con mayor riesgo de fístulas (intestino anastomosado o previamente dilatado).

ABThera[®]

Como dispositivo más avanzado diseñado para el manejo de este tipo de patologías, consiste en un sistema de aspiración negativa que siguiendo con los principios básicos del VAC abdominal, cuenta además con el beneficio de una interfaz protectora fenestrada que envuelve un sistema especial de esponja con digitaciones en todo el radio de tal forma que permite una mejor distribución de la presión negativa con un mejor manejo de los líquido y, eventualmente, menor retracción de la pared (Fig. 3).

Un estudio retrospectivo conducido por Frazee et al comparó ABThera con Barker Vac Pac, mostrando 89% de cierre primario con ABThera, para un odds ratio de 7.97 a favor de esta técnica ⁽⁴¹⁾.

FIG. 3: DIAGRAMA DE ABTHERA



COMPLICACIONES

Las complicaciones debidas al manejo del AA se relacionan con el tiempo de retraso en el cierre. Se plantea su aparición y mayor riesgo luego de 2 semanas desde la cirugía primaria ⁽⁴²⁾.

La pérdida de líquidos, proteínas, problemas en relación a la alimentación, infección, hernias con pérdida de domicilio y las fístulas entero-atmosféricas son las complicaciones con mayor relación a este manejo. El VAC, si bien previene la infección y formación de adhesiones, realmente no evita completamente la lateralización de pared con el consiguiente riesgo de hernia o imposibilidad de cierre ⁽¹⁰⁾.

De esta forma, lo más efectivo en la prevención de complicaciones se reduce a realizar un cierre lo más precoz posible, entre 5 a 7 días. A mayor tiempo de AA, menores tasas de cierre ^(19,30), pues cualquier cierre después del 5° día aumenta 4 veces la probabilidad de pérdida de fascia (3% vs 12%).

Dentro de las distintas complicaciones, la fístula corresponde a la más problemática y como se ha expuesto, tiene directa relación con el tiempo de AA y un mayor riesgo en un contexto infeccioso, donde puede llegar hasta 12.1 % (95 % CI 10.1–14.4) ⁽²¹⁾.

Fístula enteroatmosférica

Entendida como aquella fístula intestinal que carece de cobertura cutánea, estableciéndose un defecto de directa descarga al ambiente. El mayor riesgo es en un AA que permanece por más de 7 días, especialmente en un contexto infeccioso (Fig. 4).

Su manejo es particularmente difícil partiendo de la alimentación del paciente en el cual estará indicado el aporte parenteral, salvo en fístulas muy distales de bajo débito.

Distintas alternativas se han propuesto para el cierre de este tipo de fístulas. El inicial cierre directo no funciona ⁽⁸⁾, salvo contadas excepciones en las cuales a su vez se asocia a algún grado de cobertura con un colgajo ⁽¹⁰⁾ y, de la misma forma, el intento de insertar una sonda Foley o cualquier medio de conducción directo sobre el defecto ha resultado frustrado, terminando por agrandar el defecto y perpetuando la fístula (Fig. 5) ⁽¹⁰⁾.

Si bien el uso juicioso y con precaución de un sistema VAC podría ser de utilidad, su mayor aporte se encuentra en prevenir la diseminación intraabdominal del contenido ^(8,43,44). Reservado fundamentalmente para fístulas pequeñas. Para este efecto se debe disponer de una esponja blanca (alcohol polivinílico, hidrofílico) que será la que entre en contacto con el asa intestinal y no la negra como de costumbre (poliuretano, hidrofóbico), la cual se utilizará por la periferia permitiendo la granulación ⁽⁶⁾.

Otros dispositivos se han propuesto en este complejo manejo tales como el uso de chupetes de mamadera en contenidos muy líquidos, o sistemas de aspiración con esponjas que contengan anillos centrales que permitan un canal de descarga para la comunicación con una bolsa reservorio de colostomía.

También se ha planteado la utilización de terapias sistémicas como Somatostatina, que tendría algún rol en reducir el tiempo de fístula en fístulas enterocutáneas. Finalmente la cirugía, alternativa compleja, reservada para fístulas establecidas de 4 a 6 semanas de aparición. Resulta ser la última alternativa ante la persistencia del defecto. El abordaje se recomienda realizarlo por lateral al defecto y enfocado en la resección en bloque y anastomosis.

FIG. 4. FÍSTULA ENTEROATMOSFÉRICA



FIG. 5. SONDA INSTALADA EN INTERIOR DE ASA INTESTINAL



COMENTARIO

El AA es una herramienta terapéutica utilizada en patologías que tienen mortalidad de hasta 40%. Las tres indicaciones principales son el Sd. compartimental abdominal, pacientes que requieran segunda revisión como trauma abdominal o isquemia mesentérica y sepsis abdominal severa.

Un buen sistema de cierre transitorio deberá ser capaz de minimizar el riesgo de HIA, limitar la retracción de los tejidos, disminuir el edema intestinal, generar una correcta protección del asa intestinal y de la pared, permitir una temprana alimentación enteral y, finalmente, minimizar riesgo de fístulas y hernias.

A lo largo de la historia de la cirugía de urgencia se han ido desarrollando técnicas de laparoto-

mía contenida como la bolsa de Bogotá y mallas entre otros, pero los sistemas de presión negativa han demostrado un mejor manejo de las presiones intraabdominales y menor estadía hospitalaria al lograr mayores tasas de cierre con menores complicaciones y una menor mortalidad.

Los sistemas de aspiración negativa se han sofisticado, logrando un mejor manejo hidroelectrolítico, permitiendo el control de fístulas y obteniendo mayores y precoces cierres respecto a otras técnicas.

Las variadas complicaciones asociadas al manejo de AA se han logrado disminuir en el tiempo gracias a los avances asociados a los dispositivos y a la comprensión del beneficio de un cierre precoz antes de 5 a 7 días.

BIBLIOGRAFIA

- Ogilvie WH: The late complications of abdominal war-wounds. *Lancet* 1940; 236: 253–257.
- Pringle JHV: Notes on the arrest of hepatic hemorrhage due to trauma. *Ann Surg* 1908; 48: 541–549.
- Stone HH, Strom PR, Mullins RJ: Management of the major coagulopathy with onset during laparotomy. *Ann Surg* 1983; 197: 532–535.
- Rotondo MF, Schwab CW, McGonigal MD et al.: “Damage control”: an ap- proach for improved survival in exsanguinating penetrating abdominal injury. *J Trauma* 1993; 35: 375–382; discussion 382.
- D.J. Worhunsky, G. Magee, D.A. Spain, Challenges in the management of the open abdomen, *ICU Dir.* 4 (1) (2012) 33e38.
- Demetrios Demetriades, Ali Salim: Management of the Open Abdomen. *Surg Clin m Am* 94 (2014) 131–153.
- M. Björck, A. Bruhin, M. Cheatham, et al., Classificationeimportant step to improve management of patients with an open abdomen, *World J. Surg.* 33 (6) (2009) 1154e1157.
- A. Bruhin , et al.: Systematic review and evidence based recommendations for the use of Negative Pressure Wound Therapy in the open abdomen. *Int J Surg* 2014 Oct;12(10):1105-14.
- De Waele J, Desender L, De Laet I, Ceelen W, Pattyn P, Hoste E: Abdominal decompression for abdominal compartment syndrome in critically ill patients: a retrospective study. *Acta Clin Belg* 2010; 65: 399–403.
- Jan J. De Waele, et al.: How to deal with an open abdomen?. *Anaesthesiol Intensive Ther.* 2015 May 14.
- Ivatury RR: Update on open abdomen management: achievements and challenges. *World J Surg* 2009; 33: 1150–1153.
- Tsuei BJ, Skinner JC, Bernard AC, Kearney PA, Boulanger BR (2004) The open peritoneal cavity: etiology correlates with the likelihood of fascial closure. *Am Surg* 70(7):652–656.
- van Boele HP, Wind J, Dijkgraaf MG, Busch OR, Goslings JC (2009) Temporary closure of the open abdomen: a systematic review on delayed primary fascial closure in patients with an open abdomen. *World J Surg* 33(2):199–207.
- Quyn AJ, Johnston C, Hall D et al (2012) The open abdomen and temporary abdominal closure systems—historical evolution and systematic review. *Colorectal Dis* 14(8):e429–e438 .
- Trevelyan SL, Carlson GL (2009) Is TNP in the open abdomen safe and effective? *J Wound Care* 18(1):24–25.
- Jansen JO, Loudon MA (2007) Damage control surgery in a non- trauma setting. *Br J Surg* 94(7):789–790.
- van Ruler O, Mahler CW, Boer KR et al (2007) Comparison of on-demand vs planned relaparotomy strategy in patients with severe peritonitis: a randomized trial. *JAMA* 298(8):865–872.

18. Schmelzle M, Alldinger I, Matthaei H et al (2010) Long-term vacuum-assisted closure in open abdomen due to secondary peritonitis: a retrospective evaluation of a selected group of patients. *Dig Surg* 27(4):272–278.
19. Acosta S, Bjarnason T, Petersson U et al (2011) Multicentre prospective study of fascial closure rate after open abdomen with vacuum and mesh-mediated fascial traction. *Br J Surg* 98(5):735–743.
20. Rasilainen SK, Mentula PJ, Leppaniemi AK (2012) Vacuum and mesh-mediated fascial traction for primary closure of the open abdomen in critically ill surgical patients. *Br J Surg* 99(12):1725–1732.
21. J. J. Atema et al., Systematic Review and Meta-analysis of the Open Abdomen and Temporary Abdominal Closure Techniques in Non-trauma Patients. *World J Surg.* 2015 Apr;39(4):912-25.
22. Petersson U, Acosta S, Bjorck M (2007) Vacuum-assisted wound closure and mesh-mediated fascial traction: a novel technique for late closure of the open abdomen. *World J Surg* 31(11):2133–2137.
23. Garner GB DM, Ware DN, Cocanour CS, Duke JH, Mckinley BA, Ph D, Kozar RA, Moore FA: Vacuum-assisted wound closure provides early fascial reapproximation in trauma patients with open abdomens. *Am J Surg* 2002, 182:630–638.
24. Rutherford EJ, Skeete DA, Brasel KJ. Management of the patient with an open abdomen: techniques in temporary and definitive closure. *Curr Probl Surg* 2004;41:815-76.
25. Boele van Hensbroek P, Wind J, Dijkgraaf MGW, Busch ORC, Goslings JC, Carel Goslings J: Temporary closure of the open abdomen: a systematic review on delayed primary fascial closure in patients with an open abdomen. *World J Surg* 2009, 33:199–207.
26. Verdam FJ, Dolmans DE, Loos MJ et al.: Delayed primary closure of the septic open abdomen with a dynamic closure system. *World J Surg* 2011; 35: 2348–2355.
27. Bruhin A, Ferreira F, Chariker M, Smith J, Runkel N: Systematic review and evidence based recommendations for the use of negative pressure wound therapy in the open abdomen. *Int J Surg* 2014; 12: 1105–1114.
28. Kubiak BD, Albert SP, Gatto LA et al.: Peritoneal negative pressure therapy prevents multiple organ injury in a chronic porcine sepsis and ischemia/reperfusion model. *Shock* 2010; 34: 525–534.
29. Cheatham ML, Demetriades D, Fabian TC et al.: A prospective study examining clinical outcomes associated with a negative pressure wound therapy system and Barker’s vacuum packing technique. *World J Surg* 2013; 37: 2018–2030.
30. Pradeep Navsaria et al. Negative pressure wound therapy management of the “open abdomen” following trauma: a prospective study and systematic review. *World J Emerg Surg.* 2013 Jan 10;8(1):4.
31. S.L. Trevelyan, G.L. Carlson, Is TNP in the open abdomen safe and effective?
32. *J. Wound Care* 18 (1) (2009) 24e25.
33. M. Rao, D. Burke, P.J. Finan, et al., The use of vacuum-assisted closure of abdominal wounds: a word of caution, *Colorectal Dis.* 9 (3) (2007) 266e268.
34. G.L. Carlson, H. Patrick, A.I. Amin, et al., Management of the open abdomen: a national study of clinical outcome and safety of negative pressure wound therapy, *Ann. Surg.* 257 (6) (2013) 1154e1159.
35. I. Pliakos, T.S. Papavramidis, N. Michalopoulos, et al., The value of vacuum-assisted closure in septic patients treated with laparotomy, *Am. Surg.* 78 (9) (2012) 957e961.
36. S. Lindstedt, M. Malmsjö, J. Hansson, et al., Pressure transduction and fluid evacuation during conventional negative pressure wound therapy of the open abdomen and NPWT using a protective disc over the intestines, *BMC Surg.* 12 (1) (2012) 4.
37. Ahmet Rencüzoğulları et al. Comparison of early surgical alternatives in the management of open abdomen: a randomized controlled study. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2015 May;21(3):168-74.
38. S. Batacchi, S. Matano, A. Nella, et al., Vacuum-assisted closure device enhances recovery of critically ill patients following emergency surgical procedures, *Crit. Care* 13 (6) (2009) R194.
39. J.J. Dubose, J.B. Lundy, Enterocutaneous fistulas in the setting of trauma and critical illness, 1 (212) (2010) 182e189.
40. S. Lindstedt, M. Malmsjö, J. Hansson, et al., Pressure transduction and fluid evacuation during conventional negative pressure wound therapy of the open abdomen and NPWT using a protective disc over the intestines, *BMC Surg.* 12 (1) (2012) 4.
41. Frazee RC, Abernathy SW, Jupiter DC et al.: Are commercial negative pressure systems worth the cost in open abdomen management? *J Am Coll Surg* 2013; 216: 730–733. discussion 733-735.
42. R.S. Miller, J.A. Morris, J.J. Diaz, et al., Complications after 344 damage-control open celiotomies, *J. Trauma Inj. Infect. Crit. Care* 59 (6) (2005) 1365e1374.
43. D. Masden, J. Goldstein, M. Endara, et al., Negative pressure wound therapy for at-risk surgical closures in patients with multiple comorbidities: a prospective randomized controlled study, *Ann. Surg.* 255 (6) (2012) 1043e1047.
44. G. Al-Khoury, D. Kaufman, A. Hirshberg, Improved control of exposed fistula in the open abdomen, *J. Am. Coll. Surg.* 206 (2) (2008) 397e398.

TenderWet® plus, efectividad hasta por 3 días

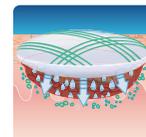
Un modo de acción único en terapia húmeda

Apósito hiperosmótico no adherente compuesto de solución ringer, PHMB (polihexametileno biguanida), poliacrilato superabsorbente y fibras de celulosa.



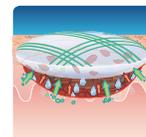
Limpia

Irrigación continua de Solución Ringer
Potencia el desbridamiento y ablanda placas necróticas
Elimina el Biofilm



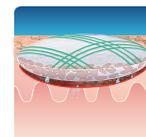
Absorbe

Núcleo súper absorbente
Afin a las proteínas del exudado
Absorbe bacterias y toxinas



Regenera

Reactiva la cicatrización
Prepara el lecho de la herida
Favorece la granulación con la inactivación de MMPs



Vamos más allá de la salud!

Nos esforzamos por ofrecer tratamientos más efectivos, costo eficiente y menos complejos, proporcionando productos adaptado a las necesidades de los pacientes, ofreciendo soluciones desde lo más simple a los más innovador.



Apósitos hiperosmóticos- No adherentes- Plata - Hidrogeles - Alginatos- Hidrocoloides- Espuma hidrofílica- Adhesivos transparentes -Vendajes y sistemas compresivos
Comercial Vitalsec EIRL - www.vitalsec.cl - ventas@vitalsec.cl - T.02-2417 8808/ 2417 8796



SOCIEDAD CHILENA DE FLEBOLOGÍA Y LINFOLOGÍA

Fundada en el año 2005, para promover el desarrollo de la Flebología y Linfología dentro de la comunidad médica chilena y latinoamericana.

Dr. Victor Bianchi
Presidente

HAZTE SOCIO Y PARTICIPA DE NUESTRAS ACTIVIDADES

Más información: Rosita Painepan - contactosociedad@gmail.com

LA CONTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES EN EL CUIDADO DE SUS HERIDAS

EL CASO DE LA “AGRUPACIÓN DE AUTOCAUIDADO ESPERANZA VIVA”

*E.U. Sandra Jofré R.
Enfermera Universitaria. CEFAM Rural Niebla, Departamento de Salud Municipal Valdivia, Ilustre
Municipalidad de Valdivia, Chile.*

*Dra. Alejandra Vidal V.
Médico. Instituto Anatomía, Histología y Patología. Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Valdivia,
Chile.*

*Autor de correspondencia: Sandra Jofré.
Centro Salud Familiar Rural de Niebla, Valdivia, Chile.*

Fono: 632282037, Fax: 632222862, e-mail: sandradeniebla@gmail.com

Fuente de financiamiento: Dirección de Vinculación con el Medio. Universidad Austral de Chile

El objetivo del presente artículo es dar a conocer la importancia que ha tenido una organización comunitaria formada por pacientes que sufren de heridas crónicas en el bienestar de sus integrantes. Con la finalidad de formar redes de apoyo y buscar soluciones en conjunto que fuesen en beneficio de sus intereses, nace la “Agrupación de Autocuidado Esperanza Viva”, en el Centro de Salud Familiar Rural de Niebla, comuna de Valdivia, en el sur de Chile. La obtención de recursos concursables ha permitido a los pacientes la adquisición de insumos de curación y de tratamiento para sus heridas, así como la realización de diferentes actividades tanto de difusión como de capacitación, que han permitido que los pacientes/socios se empoderen en el autocuidado y autorresponsabilidad en el manejo de su propia salud. Es importante recalcar la importancia que ha tenido esta organización para los propios pacientes, tanto en la ayuda directa para enfrentar su enfermedad y una mejor adherencia a su tratamiento, como también una mejor vinculación con su entorno e interrelación con sus familiares, mejorando así su calidad de vida y su valoración como personas.

Palabras Clave: Participación social, organización comunitaria, heridas crónicas, úlceras venosas, úlceras de pie diabético.

SUMMARY

The aim of this article is to present the relevance that a community-based organization, formed by chronic wounds patients, have in the welfare of its members. With the goal of creating support networks and seeking common solutions in benefit of their own interests, the association called “Agrupación de Autocuidado Esperanza Viva” (Living hope Association of Self Care) was created in the rural family health center of Niebla, Valdivia, in southern Chile. Through governmental grant funding, these patients have acquire wound care supplies, and organized diffusion and training activities, which have allowed patients/partners to be empowered in self-care and self-reliance regarding their own health. It is important to emphasize the significant role played by this organization to the patients themselves, in terms of a direct help to face their disease and a better compliance to their treatments, as well as a better relationship with their environment and families, improving their quality of life and their valuation as individuals.

Keywords: social participation, community organization, chronic wounds, venous ulcers, foot diabetic ulcer.

INTRODUCCIÓN

La participación comunitaria en salud es una estrategia que tiene larga data. Desde la Conferencia de Alma Ata en 1978, la comunidad internacional le otorga a la Atención Primaria un papel fundamental en las políticas sanitarias de los países y plantea la necesidad de abrir la salud a la comunidad para lograr una participación efectiva ⁽¹⁾.

La participación comunitaria es un proceso social, en virtud del cual grupos que viven en una

misma comunidad y comparten alguna necesidad o interés, tratan de buscar mecanismos y tomar decisiones que vayan en su propio beneficio ⁽²⁾. Estas organizaciones nacen por la necesidad que surge en un momento determinado de procurar solución a ciertos problemas que no son capaces de ser absorbidos por el sistema de salud. Muchas veces los miembros de estas organizaciones se han juntado porque han vivido de manera directa o indirecta una enfermedad o un problema de salud ⁽³⁾. En algunos casos, estas organizaciones conforman redes comunitarias y funcionan alrededor de los establecimientos de salud, entregando servicios a la comunidad y apoyando así la labor que realizan los hospitales o consultorios, principalmente en el área de prevención o promoción. Algunas cumplen una tarea de carácter solidario y de servicio público frente a problemas de salud de la población; otros, como los grupos de autocuidado, son creados a partir de los establecimientos de salud como una manera de generar apoyo mutuo e influir en la toma de decisiones en salud ⁽³⁾.

Las ulceraciones crónicas de las extremidades inferiores provocadas principalmente por insuficiencia venosa y diabetes mellitus, son causa de morbilidad y muerte en adultos y adultos mayores (4,5). En Chile, se calcula que al año 160.000 personas presentan heridas o úlceras de las extremidades inferiores, lo que corresponde a 1% de la población aproximadamente. De estas heridas, 9% corresponde a úlceras de pie diabético (UPD), ⁽⁶⁾ principal factor de riesgo de las amputaciones no traumáticas del pie ⁽⁵⁾. Las úlceras venosas (UV) a su vez representan un porcentaje aún mayor, siendo responsables aproximadamente de 70% de las úlceras crónicas que no curan ⁽⁷⁾. A menudo, éstas evolucionan durante años sin curar, provocando dolor, alteraciones del sueño y aislamiento social por el hedor de

las heridas. Los intensos dolores conducen a la postración y los síntomas de depresión son persistentes por largos períodos de tiempo ⁽⁸⁾.

En Chile, el año 2005 FONASA (Fondo Nacional de Salud) consideró incluir en el Sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES) de Diabetes Mellitus, la curación no tradicional en los tres niveles de atención para el manejo de pacientes con UPD, a través de la incorporación de canastas de prestación diferenciadas para úlceras infectadas y no infectadas⁽⁹⁾. Si bien es cierto que esta prestación ha disminuido objetivamente complicaciones mayores y la estadía de estos pacientes en los centros de salud, no aborda su rehabilitación posterior en pacientes dados de alta.

En el caso de las UV, el problema es aún mayor ya que desde el año 2011, FONASA sólo tiene incluida la curación avanzada y sistemas compresivos avanzados en el Programa de Prestaciones Valoradas (PPV), destinado a establecimientos del nivel secundario y terciario de salud ⁽¹⁰⁾ pese a que la mayoría de los pacientes con estas úlceras se atiende en los establecimientos de Atención Primaria de Salud (APS) o Centros de Salud Familiar (CESFAM), donde no cuentan con esta canasta de prestaciones, por lo que cada persona debe cubrir el alto costo que significa principalmente el tratamiento con el sistema compresivo ⁽¹¹⁾.

“AGRUPACIÓN DE AUTOCUIDADO ESPERANZA VIVA”

Frente a la urgente necesidad de enfrentar la falta de provisión por parte del sistema público de salud para brindar apoyo asistencial con manejo avanzado de heridas y úlceras, incluyendo el sistema compresivo en personas con UV y tratamiento de rehabilitación en pacientes dados

de alta de UPD, los pacientes que acudían normalmente a curaciones de sus heridas al Centro de Salud Familiar (CESFAM) Rural de Niebla, decidieron crear una organización comunitaria con la finalidad de formar redes de apoyo y buscar soluciones en conjunto que fuesen en beneficio de sus intereses.

De esa manera nace la “Agrupación de Autocuidado Esperanza Viva” que desde mayo del año 2013 y de acuerdo a la Ley N°19.418, se encuentra inscrita en el Registro de Organizaciones Comunitarias de la Municipalidad de Valdivia (Figura 1).

OBJETIVOS DE LA AGRUPACIÓN

Los principales objetivos planteado por la Agrupación son:

- Visibilizar su condición de salud a la población y a las autoridades.
- Dar a conocer cómo les afecta en la calidad de sus vidas.
- Ser un ejemplo de organización para personas con el mismo problema.
- Sensibilizar a las autoridades sobre la necesidad de obtener recursos para el tratamiento integral de sus heridas en los Centros de Salud de Atención Primaria.

FIGURA 1 LOGO DE LA “AGRUPACIÓN DE AUTOCUIDADO ESPERANZA VIVA”



La mayoría de los pacientes portadores de UV e integrantes de la Agrupación, son adultos mayores con una baja pensión, beneficiarios de FONASA y que no disponen de los recursos necesarios para la adquisición de los sistemas compresivos necesarios para su tratamiento. El pertenecer a esta Agrupación les ha permitido cofinanciar la compra de éstos, disminuyendo en parte el desembolso que cada uno debe hacer.

Mediante una alianza de colaboración entre esta organización comunitaria, el CESFAM Rural de Niebla y la Facultad de Medicina de la Universidad Austral de Chile (UACH), se han podido realizar diversas acciones para levantar fondos concursables estatales y privados que han ido en su apoyo. Cabe mencionar que estos fondos han permitido adquirir medias compresivas y desarrollar herramientas gráficas y de apoyo audiovisual para las actividades de difusión, entre otras cosas. Asimismo, se han autogestionado otros recursos con cuotas mensuales, beneficios y donaciones voluntarias.

Los socios han participado en diversas actividades como en Ferias de la Salud, Día Nacional de Heridas organizado por el Instituto Nacional de Heridas, charlas motivacionales, capacitaciones y actividades recreativas (Figura 2). Mención especial fue el encuentro de “Pasantías Nacionales de APS” realizado en la comuna de Valdivia y organizado por el MINSAL (2014), en donde los pacientes fueron los protagonistas, difundiendo la Agrupación y sus objetivos.

Además, los talleres y charlas destinados a sus socios, con temas de liderazgo, de fortalecimiento comunitario, de prevención, promoción y autocuidado de heridas y de otras enfermedades, han permitido que las y los pacientes/socios se empoderen en su autocuidado y autorresponsabilidad en el manejo de su propia salud.

Las diferentes actividades de difusión y capacitación realizadas por la Agrupación y dirigidas a pacientes y profesionales de la salud de los CESFAM de Valdivia, Niebla y de otras comunas de la Región de Los Ríos, así como la difusión en medios de comunicación escritos y virtuales, han permitido que esta organización sea conocida en ésta y otras regiones ^(12, 13).

PERFIL DE LOS SOCIOS(AS)

A la fecha, la Agrupación cuenta con 92 socios(as), de los cuales 75% tiene o ha tenido una úlcera activa de pie diabético (18 personas) o una úlcera venosa (51 personas). El resto de los socios(as) corresponde a familiares directos, colaboradores, funcionarios del CESFAM Rural de Niebla y profesionales de la Universidad Austral de Chile (UACH), los cuales se han clasificado como “otros colaboradores”, alcanzando éstos un total de 23 personas, en su mayoría mujeres menores de 65 años (66%), (Figura 2).

La distribución por grupo etario de los pacientes nos muestra una tendencia similar a prevalencias nacionales e internacionales en cuanto a tipo de lesiones, existiendo un mayor porcentaje en adultos mayores de 65 años o más, con un total

GRUPO DE SOCIOS(AS) DE LA “AGRUPACIÓN DE AUTOCUIDADO ESPERANZA VIVA” DURANTE UNA ACTIVIDAD RECREATIVA.



de 47 personas (68%). Los menores de 65 años que presentan lesiones corresponden a 32%, con un total de 22 personas (Tabla 1).

100% de los pacientes de la Agrupación son usuarios de FONASA. Sólo la mitad de ellos provienen del área de jurisdicción del CESFAM Rural de Niebla; el resto procede de distintas comunas de la región de Los Ríos, que se ha desplazado con la esperanza de encontrar solución a su problema de salud.

ALGUNOS BENEFICIOS DE PERTENECER A ESTA AGRUPACIÓN

Desde el punto de vista del tratamiento:

- Mejoría de 100% en la adherencia al tratamiento.
- Adquisición de conocimientos y herramientas para su autocuidado.
- Co-responsabilidad en el manejo integral de su salud.
- Utilización de sistemas compresivos en 100% de los casos indicados.
- Disminución del tiempo de tratamiento.

Un paciente lo resume así: “Yo, de esta enfermedad llevo del año 85 (29 años). Sanaba, volvía

otra vez, y así pasaba el tiempo. El doctor me dijo: usted nunca se va a mejorar...y ahora estoy sano.” Don José Luis (Comuna de Los Lagos, 29 años con UV, actualmente de alta).

Desde el punto de vista de los pacientes

- Tener la oportunidad de compartir con otras personas con experiencias y problemas similares.
- Sentirse reconocidos y admirados por personas ajenas a la Agrupación.
- Mayor control sobre decisiones y acciones que afectan su salud.
- Mejoría en la calidad de vida de todos los pacientes.
- Co-pago a los socios desde 25 a 100% de las medias compresivas, tanto preventivas (22 mmHg), de tratamiento (40 mmHg.) como al alta (25-33 mm Hg).

En relación a esto, algunos pacientes han manifestado: “Si no existiera la Agrupación, cada uno estaría batallando solo, en cambio aquí nos unimos.....”. Sra. Margarita, (Valdivia, 7 años con UV, actualmente de alta). “Solos no haríamos nada”, Sra. Norma ((Valdivia, 7 años con úlcera venosa, actualmente en tratamiento). “Económicamente hablando sale muy caro. Esto nos

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE SOCIOS(AS) DE LA AGRUPACIÓN DE AUTOCUIDADO ESPERANZA VIVA

Clasificación Socios(As)	Mujeres		Hombres		Total
	<65 Años	≥65 Años	<65 Años	≥65 Años	
Pacientes con úlceras de pie diabético	5	7	1	5	18
Pacientes con úlceras venosas	10	17	6	18	51
Otros colaboradores	17	5	1	0	23
TOTAL	32	29	8	23	92

ayuda”. Sra. Erna (Los Molinos, esposa de un paciente, 22 años con UV, actualmente de alta). “....., nos venimos juntos, nos vamos juntos, tenemos prácticamente un grupo de familia que está con nosotros.....”, Don Gamalier (Valdivia, 3 años con UV en ambas extremidades, actualmente de alta).

DIFICULTADES PRESENTADAS

La capacidad de liderazgo se concentra sólo en unos pocos socios, con el consiguiente resultado de que la participación se limita mayoritariamente a la modalidad de la cooperación.

Hay una participación insuficiente de todos los socios en las reuniones y/o actividades programadas.

La participación más activa se da mientras están en tratamiento. Luego del alta, muchos de ellos sólo participan esporádicamente o no participan en la Agrupación.

La Agrupación no cuenta con equipamiento ni espacio propio, por lo que la autonomía en la gestión depende mucho de la disponibilidad de los socios o del CESFAM.

CONCLUSIONES

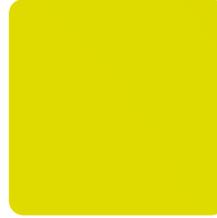
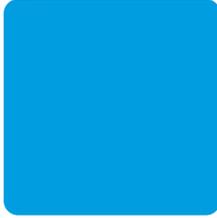
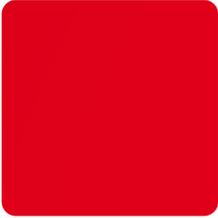
La “Agrupación de Autocuidado Esperanza Viva” ha ayudado a los pacientes en la aceptación y un mayor conocimiento de su enfermedad, una mejor vinculación con su entorno e interrelación con sus familiares, mejorando así su calidad de vida y su valoración como personas. Las acciones realizadas han permitido potenciar al grupo comunitario y otorgarle un sentido de salud social. Actualmente, esta organización posee las competencias necesarias para desenvolverse de manera autónoma y desarrollar acciones que vayan en su beneficio. Los pacientes así organizados mejoran la autoestima, adhieren mejor a su tratamiento y acortan el periodo de curación.

La experiencia puede replicarse fácilmente en otras ciudades y países, a fin de que pacientes con necesidades similares se motiven a organizarse por sus derechos en salud e incentivar el autocuidado. Hay que tener presente que la permanencia de estas organizaciones, así como una relación sostenida en el tiempo con los establecimientos de salud, son cruciales para mantener su carácter proactivo y facilitar su desarrollo.

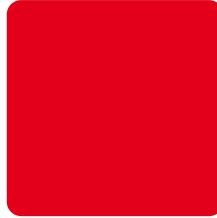
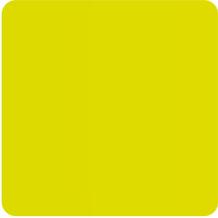
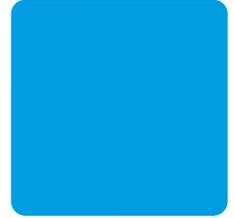
BIBLIOGRAFÍA

1. W.H.O. Declaration of Alma-Ata Geneva: World Health Organization; 1978. Disponible en http://www.who.int/hpr/nph/docs/declaration_almaata.pdf [Consultado el 20 de Julio de 2015].
2. HERVÁS DE LA TORRE A. La Participación Comunitaria en Salud y el Trabajo Social Sanitario. Documentos de Trabajo Social N° 50. ISSN Electrónico 2173-8246.
3. WEINSTEIN M. Participación social en salud: Acciones en curso. Flacso, 1997. Disponible en <http://www.flacsoandes.edu.ec/biblio/catalog/resGet.php?resId=20968> [Consultado el 14 de Julio de 2015].
4. ABBADE L, LASTÓRIA S. Venous ulcer: epidemiology, physiopathology, diagnosis and treatment. *Int J Dermatol* 2005; 44:449-456.
5. RATHUR H, BOULTON A. The diabetic foot. *Clin Dermatol* 2007; 25(1):109-20.
6. Encuesta Epidemiológica Nacional de Heridas y Ulceras: Ministerio de Salud, 2000.
7. BERGQVIST D, LINDHOLM C, NELZÉN O. Chronic leg ulcers: The impact of venous. *J Vasc Surg* 1999; 29(4):752-55.
8. ETUFUGH C, PHILLIPS T. Venous ulcers. *Clin Dermatol*. 2007; 25(1):121-30.
9. ABURTO I, MORGADO P, JULIO R. Manejo Integral Avanzado de la Úlcera de Pie Diabético. Guías Clínicas. Fundación Instituto Nacional de Heridas (FINH), 2012.
10. ABURTO I. Aplicación de sistemas compresivos avanzados en Chile. *Revista Chilena de Heridas y Ostomías*. FINH, 2011; 2:14-22.
11. ABURTO I, MORGADO P. Estudio Costo Efectividad en Sistemas Avanzados en el Tratamiento de Ulceras Venosas. MINSAL, Fundación Instituto Nacional de Heridas, Universidad Mayor, 2006 – 2008.
12. MUÑOZ C. Pacientes con heridas crónicas buscan ayuda para sus tratamientos. Sección: Tema del Día. *Diario Austral de Valdivia*. 2014; 16 de Junio. Disponible en <http://www.australvaldivia.cl/imprensa/2014/06/16/full/2/> [Consultado el 15 de Julio de 2015].
13. CONCHA J. Video: “Agrupación de Autocuidado Esperanza Viva”: Personas con heridas crónicas. Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=phEvdRgyLhQ&feature=youtu.be> [Consultado el 15 de Abril de 2015].

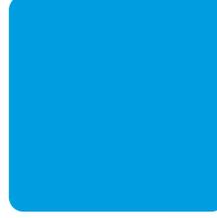
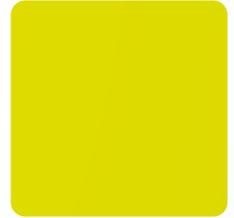
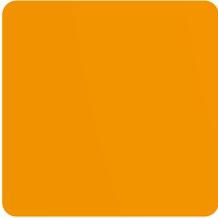
ONETOUCH®



CREANDO UN MUNDO
SIN LÍMITES



PARA PERSONAS
CON DIABETES



 Comparte tus experiencias y aprende a cuidarte, únete a la comunidad con más de 100 mil seguidores /Onetouch® Diabetes Latinoamérica

 Centro de Atención al Paciente OneTouch®
800-200-5433
www.onetouchla.com

ESTENOSIS DEL ESTOMA TRAQUEAL

Dra. Patricia Laime V.

Médico Cirujano, Subespecialidad Cirugía de Cabeza y Cuello.

Hospital San Borja Arriarán. Servicio de Cirugía. Unidad de Oncología.

Universidad de Chile

E-mail patricialaime@gmail.com



Dentro de las variadas complicaciones derivadas de una laringectomía, sin duda que la estenosis del estoma traqueal es una de las más temidas toda vez que genera dificultades en el manejo de las secreciones del paciente y los consiguientes problemas de intercambio del flujo aéreo.

El presente artículo se refiere al caso clínico de un paciente de 53 años de edad, sometido a una laringectomía total, quien al cabo de 2 años y 9 meses desde su intervención quirúrgica presenta una estenosis del estoma traqueal que ocasiona dificultad respiratoria durante un episodio de bronquitis, requiriendo posteriormente una plastía del estoma.

Palabras Clave: Estenosis del estoma traqueal, cuidado insuficiente, dificultad respiratoria, plastía.

SUMMARY

Among the various complications of laryngectomy, undoubtedly the tracheal stoma stenosis is one of the most feared since it creates difficulties in handling patient secretions and the consequent problems of exchange airflow.

This article refers to the case of a patient of 53 years old; he had a total laryngectomy, who after two years and nine months since his surgery has a tracheal stoma stenosis causing respiratory distress during an episode of bronchitis, subsequently requiring a stoma plasty.

Keywords: tracheal stoma stenosis, insufficient care, respiratory distress, plasty.

INTRODUCCIÓN

Una estenosis estomal, en general, es una complicación preocupante de una laringectomía que puede ocurrir en el postoperatorio inmediato o años más tarde. ^{(1) (2) (3)}

La estenosis es la disminución del lumen del estoma traqueal producida por la contractura de la piel en la unión mucocutánea por causa de una cicatrización defectuosa. ^{(1) (2) (3)}

Aunque no hay un criterio objetivo para definirla, se considera que la estenosis está presente cuando hay insuficiencia respiratoria en reposo o durante el ejercicio físico, o también en el caso de dificultad en el aclaramiento traqueal. ⁽³⁾ La estenosis compromete el flujo y el barrido mucociliar de las secreciones traqueobronquiales, predisponiendo al paciente a infecciones recurrentes. ⁽⁴⁾

La incidencia de la estenosis es variable de 4% a 42% ⁽¹⁾⁽³⁾⁽⁵⁾, siendo mayor en mujeres que en hombres ($p < 0,05$) ⁽⁴⁾.

CASO CLÍNICO

Un paciente de sexo masculino de 53 años de edad, sin antecedentes mórbidos, es intervenido quirúrgicamente en nuestro Servicio por diagnóstico de condrosarcoma de laringe. Al efecto, se sometió a una laringectomía total, quedando con una traqueostomía definitiva. Con posterioridad recibe radioterapia externa (60 cy), evolucionando de manera satisfactoria, asistiendo a controles regulares en el Policlínico de Cirugía durante el primer año, los que posteriormente abandona por motivos personales.

Transcurridos dos años y nueve meses desde su intervención quirúrgica, el paciente acude a nuestro Servicio y refiere que el estoma u orificio del traqueostoma fue reduciendo paulatinamente de diámetro debido a la presencia de costras, inflamación y de un granuloma que se manejó solamente con curaciones. Señala también que no se realizaba un aseo diario del estoma traqueal y finalmente no pudo volver a instalar una cánu-

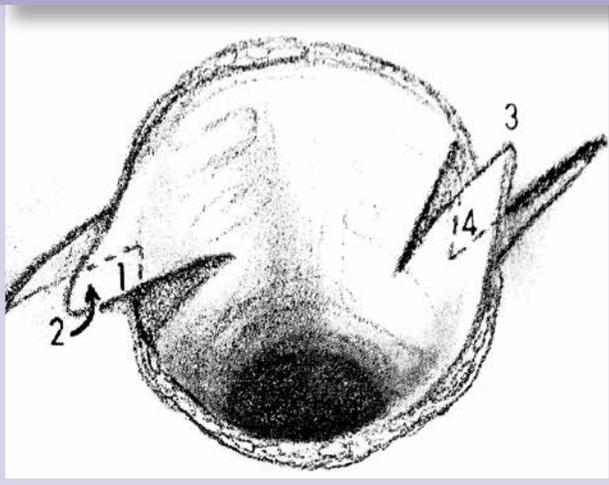
la de traqueostomía. Expuso, además, que antes de consultar en nuestro Servicio, presentó una infección bronquial con abundante mucosidad por el orificio estomal e irritación, que le impidió el correcto intercambio del flujo aéreo con la consiguiente disnea, motivo por el cual acude a un Centro de Atención Primaria de Salud donde proceden a efectuarle un aspirado de secreciones; sin embargo, durante esa noche el paciente vuelve a presentar un apremio ventilatorio, por lo cual su cónyuge le coloca un cilindro de lápiz bic en el orificio estomal, manteniendo así permeable la vía aérea.

Una vez resuelto el referido proceso bronquial, el paciente acude a nuestro Policlínico de Cirugía, donde se constata un diámetro de lumen estomal de 5 mm. (Figura 1), razón por la cual se le instala una cánula pediátrica de traqueostomía y se programa una cirugía con la finalidad de ampliar el lumen estomal. Previa anestesia general, se le realiza una resección de la banda cicatrizal periostomal y confección de doble Z plastía (Figura 2) a nivel del tejido sano, logrando ampliar el diámetro estomal hasta 15 mm. Luego de 10 días desde la referida intervención se le retiran los puntos y se observan colgajos vitales con un

FIGURA 1: PACIENTE CON CICATRIZ FIBROSA DEL ESTOMA Y DISMINUCIÓN DEL LUMEN TRAQUEAL



FIGURA 2: ESQUEMA DEL DISEÑO DE LA DOBLE Z PLASTIA



traqueostoma de buen lumen. Finalmente, se instruye al paciente en el sentido de adoptar los debidos cuidados en el manejo de la traqueostomía para evitar una nueva estenosis.

En la actualidad, el paciente ha acudido regularmente a sus controles en Policlínico, observándose que el estoma traqueal mantiene su diámetro, lo cual ha permitido el correcto intercambio del flujo aéreo. (Figura 3)

FIGURA 3: PACIENTE 2 AÑOS Y 2 MESES DESPUÉS DE LA PLASTIA DEL ESTOMA TRAQUEAL



DISCUSIÓN

La estenosis del orificio o estoma traqueal puede obedecer a múltiples factores, siendo los de más común observancia los siguientes:

La formación de costras, que pueden ocurrir en días, meses o años desde la intervención quirúrgica y suelen asociarse a cuidados inadecuados por parte del paciente, exceso de aire seco, infección del estoma traqueal y, eventualmente, recidiva del carcinoma ⁽⁶⁾.

La infección del estoma, seguida a veces por condritis de los anillos traqueales, es la causa de la aparición temprana de granuloma y propicia la aparición de estenosis ⁽⁷⁾. Kuo, ⁽⁵⁾ en un análisis retrospectivo de 270 pacientes, identificó que la incidencia de estenosis estomal fue mayor en pacientes que presentaron infección traqueostomal ($P < 0,05$).

Otros factores relacionados que incluyen: a las pacientes de sexo femenino quienes, al tener tráqueas de calibre más delgado, son más propensas a padecer una estenosis; el cierre circular del estoma luego de la laringectomía; una pobre aproximación de la mucosa con la piel; tensión excesiva de los colgajos; formación de fístulas; infección de la tráquea y algunas condiciones como la obesidad. ^{(1) (7)}

Errores cometidos tanto en la elección del lugar o nivel donde se practica la traqueostomía como en el tipo de incisión traqueal, o en la cantidad de cartilago que se sacrifica para configurar el estoma traqueal. De la misma manera, el uso de una cánula no adecuada y el proceso empleado para los cambios de este dispositivo, especialmente durante los primeros días del post operatorio, pueden resultar muy perjudiciales para el paciente. ⁽⁷⁾

Los pacientes que requieran de uso continuo de la cánula, al no adoptar los debidos cuidados en el manejo de la traqueostomía, pueden tener un aumento de problemas de sangrado, dificultad respiratoria, retención de secreciones y costras, factores todos que influyen en el desarrollo de

una estenosis estomal. En el caso de los portadores de prótesis de voz, estos pacientes podrían tener una sobrecarga adicional tanto de la cánula como de la prótesis, las cuales se asocian a la presencia de los factores recién descritos. ⁽¹⁾

Finalmente, una estenosis puede deberse a problemas de cicatrización y se presenta también el caso de algunos pacientes que pueden desarrollar estenosis sin ninguna razón discernible. ^{(1) (7)}

En nuestro paciente se destaca una historia de inflamación del estoma asociado a presencia de costras, todo esto agravado por un proceso bronquial agudo que, por la presencia de secreciones, irrita aún más el orificio estomal con la consecuente cicatrización retráctil, facilitando así la estenosis crítica del estoma.

Una vez que se desarrolla la estenosis, los pacientes se someten a dilataciones y colocación de cánulas de traqueostomía que rara vez tienen éxito, requiriendo una revisión quirúrgica. Se han descrito múltiples técnicas quirúrgicas para tratar esta complicación, tales como Z plastías, avance con colgajo V-Y, resección circunferencial con colgajos bilaterales y avance de colgajo traqueal. ⁽⁶⁾⁽¹⁾⁽⁸⁾

A nivel de resultados en la aplicación de las técnicas quirúrgicas descritas, en general se advierte en los pacientes que, si bien pueden no tener una mejoría significativa en el tamaño del estoma, pueden manejar más fácilmente el traqueostoma y también llevar a cabo su limpieza. En el caso de

los pacientes que tienen piel periostomal irritada, se constata que no presentan mucha mejoría en virtud de los procedimientos quirúrgicos.

Para evitar una estenosis es fundamental que, al momento de practicar la laringectomía, la confección del traqueostoma no se efectúe en forma circular. Kim YH, et al ⁽⁸⁾ presentan un estudio retrospectivo, revisando la técnica quirúrgica Doble Z Plastía, y concluye que es un procedimiento seguro para la ampliación del estoma traqueal y aliviar la tensión excesiva, sin alterar el perfil del estoma y la prótesis fonatoria.

En el caso clínico que presentamos, al paciente se le realizó una Doble Z Plastía que permitió la redistribución de la tensión del estoma y proporcionó suficiente tejido cutáneo para la aproximación mucosa, logrando ampliar el estoma considerablemente, sin signos de reestenosis después de dos años desde la cirugía.

COMENTARIO

Si bien la estenosis depende en gran parte de la técnica empleada en la intervención quirúrgica original, el adecuado manejo del traqueostoma es de vital importancia para evitar infecciones y formación de granulomas o costras que podrían ocasionar cicatrices retráctiles. Por esta razón, es de toda necesidad que el paciente aprenda a manejar adecuadamente el traqueostoma, para evitar también de ese modo la estenosis, lo cual redundaría favorablemente en su calidad de vida postoperatoria.

BIBLIOGRAFIA

1. Bruce H. Campbell, MD.: Tracheal advancement flap for postlaryngectomy stomal stenosis. *Head & Neck* 1997; may: 211-215.
2. Loewy A, Laker HI. Tracheal stoma problems. *Arch Oto-laryngol* 1968;87:477-483.
3. Giacomarra V, Russolo M, Tirelli G, Bonini P. Surgical treatment of tracheostomal stenosis. *Laryngoscope*, 2001; 111:1281-4.
4. Wax MK, Touma BJ, Ramadan HH. Tracheostoma stenosis after laryngectomy: incidence and predisposing factors. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1995;113:242-247.
5. Kuo M, Ho K-M, Wei WI, Lam K-H. Tracheostomal stenosis after total laryngectomy: an analysis of predisposing factors. *Laryngoscope* 1994;104:59-63.
6. J. Loré, et al. (2005). *La laringe*. En, John M. Loré, Jesús Medina, Atlas de Cirugía de Cabeza y Cuello. 4º ed. (1069-1164). Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana S.A.
7. P. Ortega del Alamo, et al. (2008). Estenosis laringotraqueales. En, Suárez Nieto, et al., Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. 2º ed. (2763, 2786). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana S.A.
8. Kim YH, Kim NH, Seong SY, Hyung DW, Choi HS. Double reversing Z-plasty with inferiorly widening stomaplasty for the management of tracheostomal stenosis. *Auris Nasus Larynx*, 2010; 37: 361-4.



ESCUELA DE ENFERMERÍA
FACULTAD DE MEDICINA

DIPLOMADOS Y POSTGRADOS 2015



DIPLOMADOS

- Prevenición y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud*
- Dirección y Coordinación de Servicios en Enfermería*
- Investigación y Publicaciones en Salud*
- Atención en Urgencias Emergencias y Desastres**

- Soporte Vital y Respiratorio en Urgencias**
- Fundamentos Basados en la Evidencia para los Cuidados de Enfermería en Unidad de Paciente Crítico**
- Atención Primaria y Salud Familiar**
- Enfermería en el Adulto y Adulto Mayor Hospitalizado**
- Enfermería en Pabellón y Recuperación General**

MAGÍSTER

- Magíster en Enfermería***

POSTÍTULOS

- Enfermería en cuidados críticos del adulto***
- Enfermería del adulto con problemas oncológicos***
- Enfermería en salud familiar y comunitaria***
- Enfermería en cuidados críticos del niño***
- Enfermería del adulto con problemas cardíacos***
- Enfermería del adulto con problemas renales***
- Enfermería del niño con problemas oncológicos***
- Enfermería del recién nacido de alto riesgo***

- Enfermería del adulto mayor***

- * E-learning (100% a distancia)
- ** B-learning (semipresencial)
- *** Presencial

Más información

Diplomados y otros cursos

- (56) 2 2354 5303 - 2354 5830
- extensionenfermeriauc@uc.cl
- www.enfermeria.uc.cl

Magíster y Postítulos

- (56) 2 2354 7024
- eherrert@uc.cl
- www.enfermeria.uc.cl



LXXXVIII Congreso Chileno e Internacional de Cirugía II Jornadas de Cirugía Vasculare y Endovascular



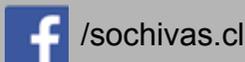
Sociedad Chilena de Cirugía Vasculare y Endovascular - SOCHIVAS

8 al 11 de noviembre 2015 - Pucón, Chile
Gran Hotel Pucón

- Novedades en disección aórtica
- Enfermedad aneurismática
- Novedades en accesos vasculares
- Avances en el tratamiento de la enfermedad arterial oclusiva
- Trauma vascular
- Consideraciones en el enfrentamiento de la enfermedad arterial crónica



INVITADO EXTRANJERO
Patrick Geraghty, MD
Cirujano Vasculare
Washington University in Saint Louis
Missouri, EE.UU.



/sochivas.cl



@sochivas_cl



sochivas.cl@gmail.com

ANGIOPLASTIA EN PIE DIABETICO

Dr. Felipe Corvalán

*Cirujano Vascular, Clínica Santa María, Hospital del Salvador.
Contacto: fcorvalan@clinasantamaria.cl*

Paciente de 62 años con antecedentes de Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial, Insuficiencia Renal Crónica (IRC) en Hemodiálisis e insuficiencia cardiaca. Seis semanas previas a su actual ingreso presentó gangrena húmeda de primer oratejo, por lo cual se realizó su amputación y dos semanas antes presenta cuadro de angina inestable que requirió angioplastia coronaria con stent medicado por lo que el paciente queda con doble antiagregación (Aspirina-Clopidogrel).

En dicho escenario se presenta con retardo de cicatrización y placa necrótica en segundo oratejo asociado a dolor de reposo en antepié y a coloración violácea de todo el segundo oratejo (Fig. N° 1).

Se realiza estudio vascular no invasivo el cual es compatible con enfermedad tibial y compromiso de los vasos intrínsecos del pie; el índice tobillo brazo que es de 0,93 no es fidedigno en este caso debido a la importante calcificación arterial de los pacientes con diabetes e IRC.

Con dichos estudios se decide realizar arteriografía de extremidades en busca de una alternativa de revascularización.

Angiografía confirma importante enfermedad tibial con oclusión de tibial posterior y tibial anterior, estenosis crítica pre-oclusiva en tronco tibioperoneo y estenosis crítica en arteria peronea en su tercio medio (Fig. N° 2). No hay arteria pedia y sólo se observa arteria plantar en el pie, la cual presenta importante enfermedad en su origen.

Considerando la importante comorbilidad del paciente, la angioplastia coronaria reciente por angina inestable y el tipo de lesiones se opta por realizar una angioplastia de tronco tibio peroneo y de arteria peronea.

Mediante acceso contralateral y bajo heparinización sistémica se avanza con sistema de guías y vainas hasta la arteria poplítea, con lo cual

FIG. N° 1. ULCERA DE CARACTERÍSTICAS ISQUÉMICAS EN EL PIE IZQUIERDO PREVIO A LA REVASCULARIZACIÓN.



se obtiene un adecuado canal de trabajo. Luego de atravesar las lesiones se realiza angioplastia de tronco tibio peroneo y arteria peronea con balón de 3,5 mm y de 3,0 mm respectivamente. Angioplastia de tronco tibioperoneo se complementó con stent de 3,5x30 mm (Fig. N° 3). El resultado angiográfico se consideró satisfactorio por lo cual el paciente fue derivado a unidad coronaria para el período post-operatorio.

Se le mantuvo su terapia habitual y su antiagregación dual. A las 24 horas post-procedimiento el paciente se encuentra en buenas condiciones, sin dolor y con mejoría de coloración del segundo orjejo. Se realiza pletismografía que evidencia mejoría de curva a nivel de tobillo (Fig. N° 4). Es dado de alta al día siguiente del procedimiento y continúa en curaciones. A las dos semanas aún presenta úlcera en segundo orjejo, esta vez delimitada y con tejido granulatorio en adecuada cantidad.

FIG. N° 2. ESTENOSIS EN TRONCO TIBIO PERONEO (TTP) Y PERONEA. A DERECHA AMPLIACIÓN DE ESTENOSIS EN TTP.

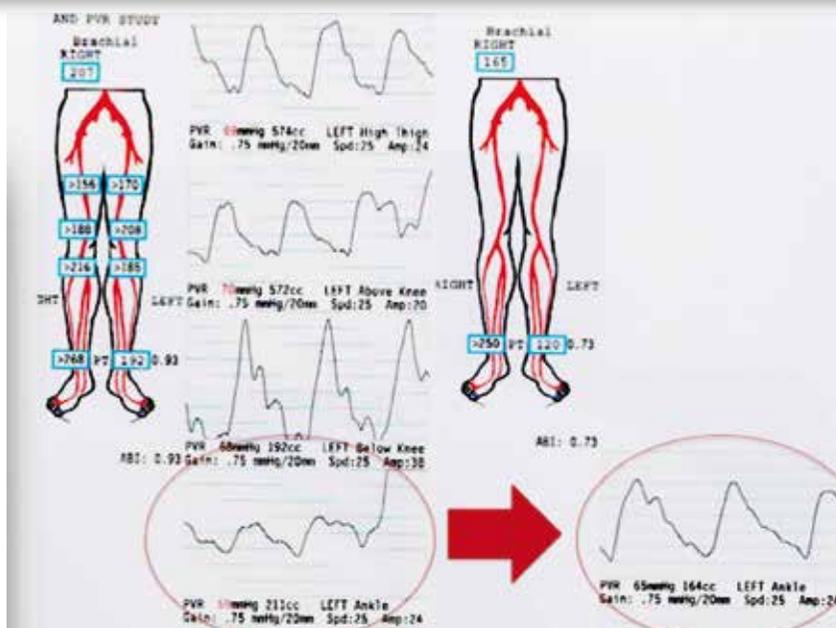
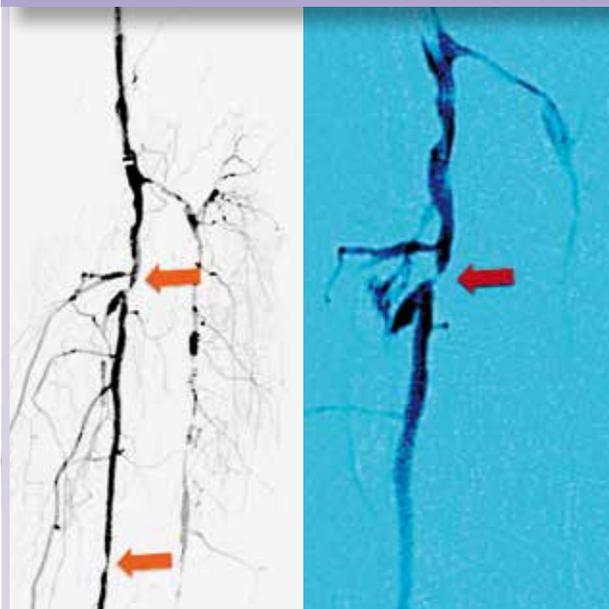


FIG. N° 3. IZQ: RESULTADO DE LA ANGIOPLASTÍA. DER: AMPLIACIÓN DE ZONA PREVIA CON ESTENOSIS CRÍTICA



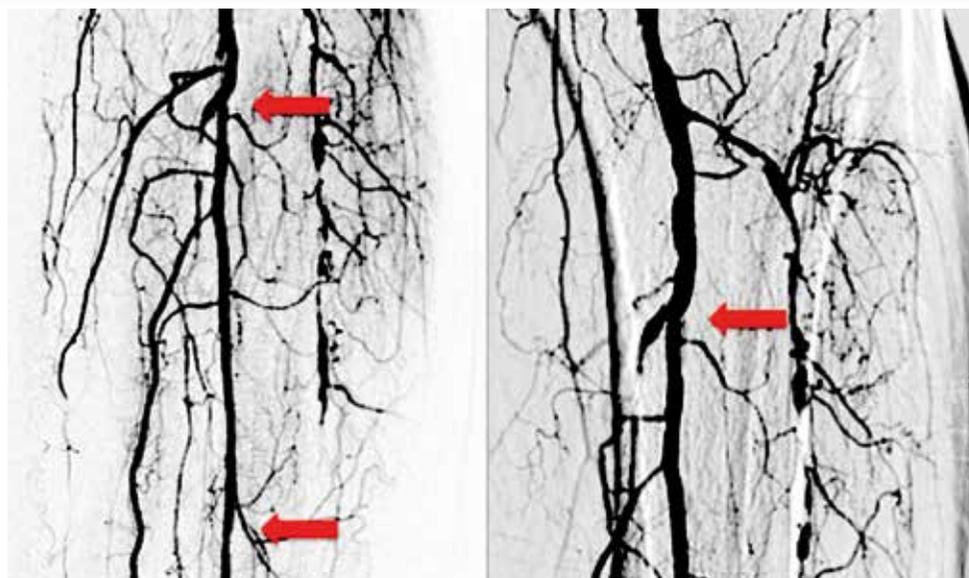
DISCUSIÓN

La enfermedad arterial oclusiva en el paciente diabético es muy agresiva y compromete habitualmente el territorio bajo la rodilla ^(1,2). Esto hace de esta patología un desafío para todos los cirujanos vasculares que lidian con ella.

En este caso, nos vemos enfrentados a una isquemia crítica de rápida progresión en el contexto de un paciente con evento coronario reciente (< de dos semanas) lo cual aumenta considerablemente el riesgo de cualquier procedimiento ⁽³⁾, especialmente de una cirugía tradicional de Bypass.

En dicho paciente se optó por la alternativa endovascular debido al riesgo elevado de una reparación tradicional y a la factibilidad de la resolución endovascular. Queda pendiente evaluar la repuesta de los vasos intrínsecos del pie a dicha

FIG. N° 4. ESTUDIO VASCULAR NO INVASIVO, SE OBSERVA EL CAMBIO EN LA CURVA DE PLETISMOGRAFÍA POSTERIOR A LA ANGIOPLASTIA.



revascularización. Es de esperar que el tiempo de cicatrización de las lesiones sea más largo de lo habitual debido a la mala calidad de los vasos

intrínsecos del pie; no obstante, se logró el objetivo primario de salvar la extremidad.

REFERENCIAS

1. Chapter I: Definitions, epidemiology, clinical presentation and prognosis. Becker F1, Robert-Ebadi H, Ricco JB, Setacci C, Cao P, de Donato G, Eckstein HH, De Rango P, Diehm N, Schmidli J, Teraa M, Moll FL, Dick F, Davies AH, Lepántalo M, Apelqvist J. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2011 Dec;42 Suppl 2:S4-12. doi: 10.1016/S1078-5884(11)60009-9.
2. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II) L. Norgren,1* W.R. Hiatt,2* J.A. Dormandy, M.R. Nehler, K.A. Harris and F.G.R. Fowkes on behalf of the TASC II Working Group. Eur J Vasc Endovasc Surg 33, S1eS75 (2007)
3. Surgical treatment of lower limb ischemia in diabetic patients – long-term results. Bekir Inan,1 Unal Aydin,2 Murat Ugurlucan,3 Cemalettin Aydin,1 and Melike Elif Teker1 Arch Med Sci. 2013 Dec 30; 9(6): 1078–1082.



Apósitos
Antimicrobianos
con PHMB

DÍA NACIONAL DE LAS HERIDAS

FUNDACIÓN INSTITUTO NACIONAL DE HERIDAS

2015

3 DE SEPTIEMBRE

CAMPAÑA NACIONAL EDUCACIÓN EN PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Fundación Instituto Nacional de Heridas (FINH), realizó el día 3 de Septiembre de 2015 la sexta campaña educativa a nivel nacional, denominada Día Nacional de las Heridas, cuyo objetivo fue difundir a la comunidad contenidos en prevención de úlceras por presión.

Agradecemos la participación de enfermeras de Arica a Punta Arenas, Isla de Pascua e Isla de Chiloé, estudiantes de enfermería, socios FINH y voluntarios de diferentes universidades, quienes se desplegaron para educar a la población con gran entusiasmo.

Este año estuvimos en catorce Metros de la Región Metropolitana, ocho Mall Plaza a nivel nacional, quince CESFAM y cinco Hospitales Públicos a lo largo de todo el país.

Esta campaña fue realizada con el respaldo de: Ministerio de Salud, Superintendencia de la Salud, Organización Panamericana de Salud, GNEAUPP de España, Sociedad de Cirujanos de Chile, Sociedad Chilena de Flebología y Linfología, Asociación de Diabéticos de Chile (ADICH), Universidad Católica, Universidad Mayor, Universidad de Concepción, Universidad Austral, Mall Plaza, OneTouch de Johnsons & Johnson Medical S.A, BBraun y BSN.



DÍA NACIONAL DE LAS HERIDAS
TODO QUIENES VIVEN EL DOLOR

COLGAJO DE MÚSCULO SARTORIO Y USO DE TENSIÓN NEGATIVA

EN INFECCIÓN HERIDA OPERATORIA INGUINAL

Dr. Sergio Valenzuela Roediger

Cirujano Vascular Hospital San Borja Arriarán, Clínica las Lilas.

Correspondencia: sergiovalenzuelar@vtr.net

A continuación presentamos un interesante caso de manejo quirúrgico de la infección postoperatoria en un injerto vascular. La cobertura mediante colgajo de músculo sartorio sumado a la terapia con tensión negativa, permitiendo un excelente resultado.

Palabras Clave: Tensión negativa, Colgajo Sartorio, Infección injerto vascular.

ABSTRACT

This paper presents an interesting case of surgical management of postoperative infection in vascular graft. The coverage by a sartorial muscle flap addition to negative pressure therapy allows an excellent result.

Key Words: vaccum assisted closure, Sartorius flap, infected vascular graft.

CASO CLÍNICO

Se presenta la revisión de un caso clínico de una paciente de sexo femenino de 69 años, con antecedentes de hipertensión arterial, tabaquismo detenido y cirugía de bypass en la extremidad inferior derecha. El motivo de consulta fue claudicación invalidante por dolor en la pierna izquierda al caminar no más de 20 metros. Se realizó evaluación clínica, con estudio vascular no invasivo y angio tac de extremidades inferiores objetivando oclusión de la arteria femoral superficial izquierda, re-permeabilizándose la arteria poplítea distal.

Se realizó una cirugía de bypass desde la arteria femoral común a la arteria poplítea distal con vena safena cuyo resultado post operatorio

inicial fue satisfactorio, siendo dada de alta al 6° día luego de la cirugía. En controles alejados, su evolución también fue satisfactoria, retirándose las suturas al día 15 post operatorio. A los 21 días la paciente presenta exudado purulento a través de la herida inguinal y descompensación diabética, motivo por el cual es hospitalizada, se inician antibióticos de amplio espectro y se realiza aseo quirúrgico, drenando abundante contenido purulento. Debido a la proximidad del bypass se decide la cobertura del puente con un colgajo muscular de sartorio, Imagen 1; luego de posicionado el colgajo muscular se instaló un sistema de tensión negativa, Imagen 2, realizando cambio cada 4 días. La toma de cultivo de tejido intra operatorio permitió el tratamiento específico del germen aislado, siendo un enterococco sensible a ampicilina.

Luego de 8 días del aseo quirúrgico se realiza afrontamiento de bordes de la herida, logrando el cierre de la lesión y manteniendo la permeabilidad del puente, Imágenes 3 y 4. La evolución posterior ha sido favorable sin nuevos signos complicación.

IMAGEN 1. LECHO CRUENTO POSTERIOR A ASEO QUIRÚRGICO, CUBIERTO CON COLGAJO MUSCULAR



IMAGEN 2. SISTEMA DE TENSIÓN NEGATIVA INSTALADO SOBRE COLGAJO MUSCULAR.



IMAGEN 3. FORMACIÓN DE TEJIDO GRANULACIÓN A LOS 8 DÍAS POSTERIOR A ASEO QUIRÚRGICO Y TENSIÓN NEGATIVA.



IMAGEN 4. CIERRE FINAL DE LA HERIDA PREVIO AL ALTA.



DISCUSIÓN

Las infecciones del sitio operatorio luego de una cirugía vascular son temidas complicaciones que no sólo ponen en riesgo la permeabilidad de la cirugía realizada sino que también pueden comprometer la vida del paciente ⁽¹⁾. En el caso presentado se realizó la cobertura del bypass en

riesgo mediante un colgajo muscular que, debido a su buena irrigación, es un tejido ideal para evitar la exposición y ruptura del puente, incluso en tejido infectado ⁽²⁾; además de esto, su uso sinérgico con la tensión negativa se ha descrito muy útil, promoviendo proliferación de tejido de granulación y el cierre secundario ⁽³⁾.

BIBLIOGRAFIA

1. Chateau F, Duisit J, Lengelé B, Vanwijck R. Techniques for coverage of infected vascular grafts in the groin. Acta Chir Belg. 2010 Jul-Aug;110(4):487-91.
2. Fischer JP, Mirzabeigi MN, Sieber BA, Nelson JA, Wu LC, Kovach SJ et al. Outcome analysis of 244 consecutive flaps for managing complex groin wounds. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2013 Oct;66(10):1396-404.
3. Saziye K, Afksendiyos K. The vacuum-assisted closure (V.A.C®) system for surgical site infection with involved vascular grafts. Vascular. 2015 Apr;23 (2):144-50.

CONVENIOS SANTO TOMÁS Y RED ICUSTA INTERNATIONAL COUNCIL OF UNIVERSITIES OF SAINT THOMAS AQUINAS

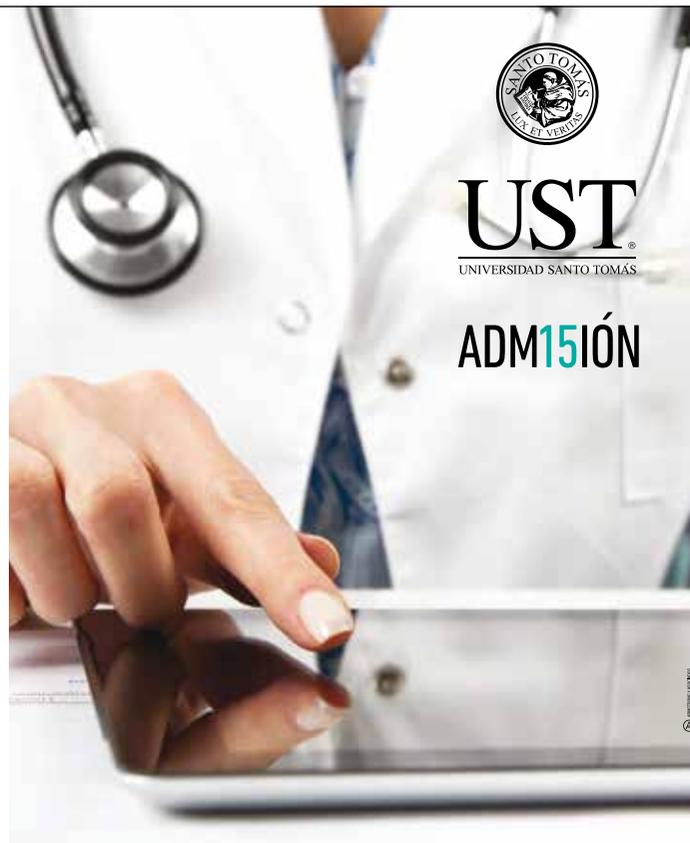
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

FACULTAD DE SALUD

POSTGRADOS

DIPLOMADO EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

- **DIRIGIDO A:** profesionales de enfermería que se desempeñen en el área de Oncología: Radioterapia, Quimioterapia, Hospitalarias o Ambulatorias y deseen mantenerse a la vanguardia en los conocimientos, obteniendo la certificación a través de este programa.
- **FECHA INICIO:** primer semestre 2016
- **DURACIÓN:** 120 horas cronológicas
- **SEDES:** Santiago y Concepción



UST
UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS

ADM15IÓN



**UNIVERSIDAD
ACREDITADA**
• GESTIÓN INSTITUCIONAL • DOCENCIA DE PREGRADO
3 AÑOS DESDE DIC. DE 2014 HASTA DIC. DE 2017

WWW.POSTGRADOUST.CL



DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

E-mail: postgrado@santotomas.cl • Av. Ejército N° 146, Santiago.



UPP grado III en Glúteo

AQUACEL[®] Foam

Introducción:

Este estudio de caso demuestra el uso del apósito **AQUACEL[®] Foam** en el manejo de UPP con lesión profunda en el glúteo.

Paciente:

Mujer de 68 años con úlcera por presión en glúteo, con antecedentes mórbidos de diabetes mellitus tipo I, enfermedad arterial coronaria, insuficiencia renal crónica y demencia. UPP con baja cantidad de exudado. Medida de 2,5 cm. x 1,5 cm., con poca profundidad. Fue tratada previamente con apósito de espuma de otra marca comercial, el cual necesitaba ser cambiado a diario. Aunque el 98% de la herida mostró granulación, mantuvo una lesión de tejido profundo en el centro. La piel perilesional presentó eczema en su lado medial.



Intervención:

Se utilizó en la herida apósito **AQUACEL[®] Foam** Adhesivo (10 cm x 10 cm) con cambio semanal.

Resultado:

Hubo gran mejoría en la herida en un período de 21 días y la dimensión de la herida se redujo a 0,7 cm. x 0,7 cm. Después de 21 días, se reporta una curación significativa. Con los apósitos de **AQUACEL[®] Foam**, el 90% de la herida había epitelizado y el 10% restante mostraba granulación.

Usado con la autorización de Mary Walker de Asbury Place en Maryville, Tennessee, USA.

UPP grado III en Coxis

AQUACEL[®] Foam

Introducción:

Este estudio de caso demuestra el uso del apósito **AQUACEL[®] Foam** en el manejo de UPP persistente en coxis.

Paciente:

Hombre de 82 años presenta úlcera por presión en coxis, había sido tratado con ungüento tópico durante las 12 semanas previas. Herida con poco exudado y medición de 1,7 cm. x 0,3 cm. con 0,1 cm. de profundidad. La piel perilesional fue severamente macerada.



Intervención:

AQUACEL[®] Foam Sacro (20 cm x 16,9 cm) como apósito secundario sobre un **AQUACEL[®] AG** como apósito primario. Los cambios se realizaban cada 2-3 días.

Resultado:

El apósito **AQUACEL[®] Foam** Sacro se conformó bien a la zona de la herida, que era difícil de cubrir. Después de 3 días de tratamiento con el apósito **AQUACEL[®] AG** la herida se encontraba epitelizada entre 90% y 100%. En 6 días la herida había sanado por completo y la condición de la piel perilesional mejoró significativamente.

Usado con la autorización de Deanna Shepard of Laughlin Memorial Hospital in Greenville, Tennessee, USA.

Profesionales en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión con productos de alta tecnología que hacen la diferencia en la vida de las personas



RUTA SOLIDARIA DE LAS HERIDAS POR CHILE

*E.U. Isabel Aburto Torres
Presidenta Fundación Instituto Nacional de Heridas*

Fundación Instituto Nacional de Heridas (FINH) junto al gran apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), organizaron cuatro Rutas Solidarias de las Heridas por Chile que se realizaron en la Isla de Chiloé-Castro, Iquique, Copiapó y Coyhaique durante el año 2014, en la que participaron activamente los Servicios de Salud de las regiones visitadas. Su objetivo era capacitar a los profesionales en curación avanzada (CA) y tratamiento multidisciplinario a través de sus propios pacientes, propósito que se cumplió a cabalidad gracias a la ayuda de los Servicios de Salud, universidades, empresas privadas y a los profesionales, técnicos y administrativos que donaron parte importante de su tiempo.

Palabras Clave: Heridas, Úlceras, Campaña Solidarias.

SUMMARY

Injuries National Institute Foundation (INIF) together with the great support of the Pan American Health Organization (PAHO), organized four routes Wounds Solidarity Chile made on the island of Chiloé - Castro, Iquique, Copiapó and Coyhaique during 2014, with the active participation of the health services in the regions visited. His goal was aimed at training professionals in multidisciplinary treatment and advanced healing through their own patients, purpose that was fully achieved with the help of Health Services, universities, private companies and professional, technical and administrative donated significant portion of their time.

Keywords: wounds, ulcers, Solidarity Campaign.

INTRODUCCIÓN

En el año 2014 la FINH comenzó a trabajar en una forma diferente de abordar la capacitación a los profesionales, realizando una campaña so-

lidaria creada por la necesidad manifestada por los profesionales que asisten a los Post títulos “Monitor en Manejo de Heridas y Ostomías”, que realiza año a año la FINH, de poder adquirir una capacitación práctica en regiones a través de la atención de sus pacientes con heridas complejas. Es así como nace la Ruta Solidaria de las Heridas por Chile, actividad que tenía por objetivo capacitar a los profesionales en terreno atendiendo a sus propios pacientes y a aquellas personas de escasos recursos que no pueden acceder a un tratamiento multidisciplinario de alta calidad. Todas las actividades fueron gratuitas tanto para los profesionales como para los pacientes, cuyos insumos, materiales, traslados y viáticos, fueron costeados gracias a la ayuda de las empresas privadas y a la gestión de FINH.



Se realizaron cuatro operativos clínicos respaldados por la OPS, en la Isla de Chiloé-Castro, Iquique, Copiapó y Coyhaique, con la valiosa colaboración de los Servicios de Salud de Chiloé, Atacama, Iquique y Aysén. Desde Santiago se trasladaron cirujanos vasculares, un médico fisiatra, un diabetólogo, un dermatólogo, dos psicólogos, una nutricionista, 5 enfermeras, un

ingeniero y personal técnico y administrativo de la Institución. También participaron profesionales de enfermería, técnicos y administrativos de cada ciudad visitada.

Durante la Ruta se realizaron cuatro actividades que se ejecutaron los días viernes y sábados:

1. Atención multidisciplinaria a pacientes de escasos recursos con úlceras complejas
2. Capacitación multidisciplinaria a profesionales en manejo de heridas y úlceras
3. Aplicación de Encuestas
4. Hitos de la Ruta

Todas las Rutas fueron dirigidas y gestionadas por la Presidenta de FINH.

ACTIVIDADES REALIZADAS Y SUS RESULTADOS

1 Atención multidisciplinaria a pacientes de escasos recursos con úlceras complejas

Los Servicios de Salud que participaron se organizaron para citar a los pacientes con sus respectivas enfermeras al lugar de la actividad. La primera actividad con cada uno de ellos fue solicitar un Consentimiento Informado autorizando la atención; a continuación se ingresaba al paciente a través de la ficha clínica autocopiativa “Derivación de Paciente”, cuyo original se entregaba a la enfermera tratante y la copia se dejaba para la tabulación por la FINH. Según patología, control de glicemia capilar, presión arterial, índice de masa corporal y estado del paciente, era derivado a los diferentes especialistas con tarjetas de colores. Para la continuidad del tratamiento se entregaron insumos clínicos gratuitos a los establecimientos y profesionales a cargo de los pacientes.

Se atendieron 400 personas provenientes de diferentes comunas de la Isla de Chiloé, Iquique, Copiapó y Coyhaique. Por el corto tiempo del operativo, hubo muchos consultantes, en especial en la Isla de Chiloé y Coyhaique, a quienes no fue posible agendar atención, dando prioridad a los que tenían situaciones más complejas, Tabla N°1. Se observa que el mayor número de pacientes atendidos fue en la ciudad de Coyhaique, debido a que el equipo profesional de la FINH fue mayor que en las otras ciudades. El número de pacientes fue menor en Copiapó, debido a la alta complejidad de los enfermos y además porque la capacitación formal se realizó en la tarde del viernes y los profesionales optaron por esta actividad en vez de llevar pacientes a las pasantías clínicas. La mayoría de ellos fueron derivados principalmente de atención primaria y un porcentaje menor desde la atención secundaria. Sólo en la ciudad de Coyhaique se atendió a pacientes hospitalizados, ya que el operativo clínico fue realizado en el Hospital de Aysén.

El mayor número de pacientes correspondió al sexo masculino con 54%, tendencia que se mantuvo en todas las ciudades, a excepción de Coyhaique en donde se atendieron más mujeres. 54% del total de los atendidos correspondió a adultos mayores sobre 65 años. 85% pertenecía

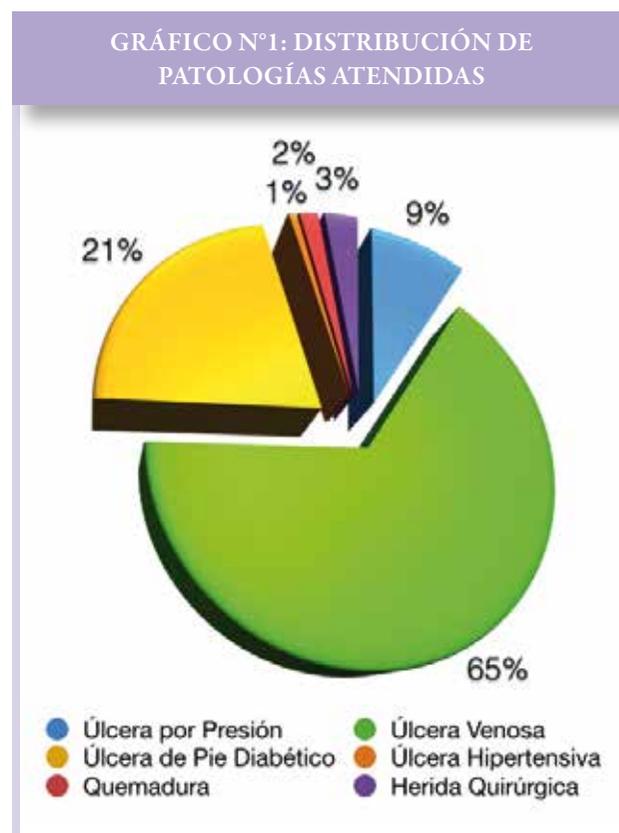
Ciudad	N° de Pacientes	Porcentaje
Castro	96	25%
Iquique	101	26%
Copiapó	70	18%
Coyhaique	122	31%
Total	389	100%

Fuente: Ficha Clínica Derivación de Pacientes

a FONASA A y B, por lo que se cumplió casi en su totalidad uno de los objetivos de la Ruta que era atender pacientes de escasos recursos.

Las patologías más frecuentes fueron en primer lugar, con 65%, lesiones correspondientes a úlceras venosas (UV), Gráfico N°1, problema no resuelto en Atención Primaria en Chile, ya que los establecimientos de dicho nivel de atención no cuentan con una prestación efectiva para la solución de este problema. Actualmente existe una Prestación Valorada con tratamiento avanzados sólo para los niveles terciario y secundario. Con 21% se ubicaron las úlceras de pie diabético (UPD) y en tercer lugar, con 9%, las úlceras por presión (UPP).

80% de los pacientes llevaba más de un año de evolución con sus lesiones, las que correspondían principalmente a UV, encontrándose pacientes con más de 51 años con sus úlceras con



Fuente: Ficha Clínica Derivación de Pacientes

curación tradicional día por medio. Estos resultados son sorprendentes y preocupantes, ya que el costo para el Estado de ellos ha sido muy alto debido al gran número de años de atención, además del deterioro de la calidad de vida que tiene un alto costo, ya que sufren de dolores intensos, ingieren grandes dosis de analgésicos y ansiolíticos, presentan edema, infecciones y mal olor de las úlceras, lo que provoca aislamiento social y consumos repetitivos de antibióticos con licencias médicas prolongadas. Los pacientes que llevaban menos de un año de evolución con su lesión correspondían principalmente a aquellos con UPD.

En relación a los antecedentes mórbidos de las personas atendidas, sólo 5% no tenía patologías concomitantes y el resto presentaba una a tres patologías, predominando la Hipertensión Arterial en primer lugar y la Diabetes Mellitus en segundo lugar. Cabe destacar que 90% de los pacientes presentaba obesidad, especialmente en la Isla de Chiloé.

De los 400 pacientes que presentaban herida o úlcera, un número importante tenía más de una lesión o su tamaño superaba los 10 cm, siendo ésta la categorización que utiliza la FINH para

considerar más de una CA. Había pacientes que presentaban hasta 6 lesiones en diferentes partes del cuerpo, por lo que el total de CA realizadas fue de 553. Se realizaron 683 atenciones por los diferentes especialistas, Tabla N°2; la atención fue realizada por más de un especialista a varios pacientes, principalmente en aquellos con úlceras complejas, por lo que el total de atenciones por especialistas más las CA fue de 1.236, Gráfico N°2, un gran número para el corto tiempo que estuvo el equipo de FINH.



Fuente: Ficha Clínica Derivación de Pacientes

TABLA N° 2: ATENCIONES EFECTUADAS A LOS PACIENTES POR ESPECIALISTA SEGÚN REGIÓN

Ciudad	Chiloé	Iquique	Copiapó	Coyhaique	Total
Cirujano Vascular	45	56	54	65	220
Diabetólogo	32	37	-	-	69
Fisiatra	21	33	32	16	102
Nutricionista	43	55	23	39	160
Psicóloga	-	62	-	-	62
Dermatólogo	-	-	30	40	70
Total	141	243	139	160	683

Fuente: Ficha Clínica Derivación de Paciente

2 Capacitación a los profesionales en manejo de heridas y úlceras

Se realizaron capacitaciones formales y pasantías clínicas a los profesionales de los Servicios por profesionales de FINH mientras se atendía a los pacientes.

Se capacitaron 436 profesionales, 126 a través de pasantías clínicas, que acudieron con sus pacientes para trabajar con los profesionales de la FINH. La actividad fue muy enriquecedora, tanto para el profesional de la región como para los profesionales de la Fundación. Al finalizar la Ruta en cada ciudad, a cada uno de los profesionales que acudió con su paciente se le entregó una bolsa con insumos para que continuaran la CA. Por otro lado, en la capacitación formal participaron activamente 310 profesionales, de los cuales 81% era enfermeras/os, quienes están a cargo del procedimiento de curación avanzada, de ahí el gran interés en el tema. 11% correspondió a médicos, 2% a kinesiólogos, 1% a terapeutas ocupacionales, 1% a psicólogas y 4% a nutricionistas.



3 Aplicación de encuestas

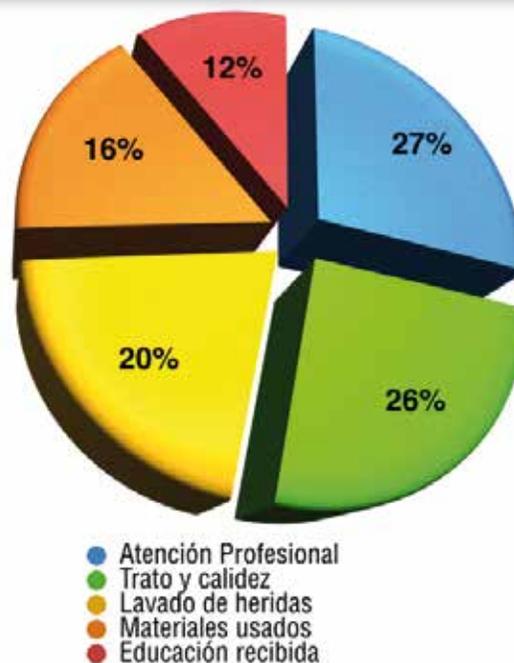
Se aplicaron dos tipos de encuestas, una de Satisfacción Usuaría a los pacientes con heridas o úlceras, con la finalidad de conocer sus necesidades respecto del procedimiento de curación y la segunda, una Encuesta de Evaluación de Necesi-

dades de CA al finalizar la capacitación formal y pasantías clínicas.

Los tres ítems más importantes para los pacientes atendidos fueron en 1er lugar que lo realice un profesional, ya que en los establecimientos en general las curaciones son realizadas por personal técnico; en 2º lugar, el trato y la calidez en la atención y en 3er, el lavado de sus heridas, algo que es de bajo costo, pero que en los servicios de salud no se realiza como rutina, Gráfico N°3.

En la encuesta a los profesionales, 76% manifiesta que en su lugar de trabajo las CA son realizadas por la enfermera, pero 95% opina que la debe realizar esta profesional; 11% era realizada por médico, pero sólo 2% opina que es el médico quien la debe realizar; 7% era realizada por TENS y 6% por internos de enfermería. Es importante destacar que la CA de heridas está definida por Ley para ser realizada por “profesional capacitado”.

GRÁFICO N° 3: ¿QUÉ VALORAN MÁS LOS PACIENTES EN LA CURACIÓN?



Fuente: Encuesta Satisfacción Usuaría Pacientes

De los 411 profesionales que contestaron la encuesta, 92% afirma que, del grupo de apósitos de tercera generación, el hidrogel es el insumo con que más cuentan en su lugar de trabajo, seguido por los alginatos y en 3er lugar, por los tull de petrolato, Gráfico N°4. De los insumos básicos para realizar la CA, como solución fisiológica, sólo 87% declara que cuenta con este insumo que es un elemento básico para el lavado de la piel y las lesiones. Llama la atención que sólo 10% tiene glicerina para lubricar la piel de los pacientes; únicamente 31% tiene venda semielasticada para fijar los apósitos y apenas 9% cuenta con tela de rayón para fijar las vendas a los apósitos, todos insumos que están en la canasta GES de CA en UPD desde el año 2005.

El Gráfico N°5 muestra que del total de profesionales encuestados, 55% afirma que la espuma hidrofílica es el insumo más importante al mo-

mento de realizar la CA, en 2° lugar los hidrogel y en 3er lugar los alginatos. Se observa que los apósitos con plata, insumos importantes para el tratamiento de las heridas y úlceras infectadas está en 4° lugar con 40%. Hace tres años, en una encuesta realizada por la FINH y la OPS, no alcanzaba al 5%, al igual que las espumas hidrofílicas.

El Gráfico N°6 muestra que 74% de los profesionales encuestados no tiene sistemas compresivos avanzados para tratar las UV en su lugar de trabajo. La evidencia científica afirma que el tratamiento de esta patología es la compresión, motivo por el cual en la Ruta había muchos pacientes con UV sin resolver. Sólo 10% tiene sistemas compresivos (multicapas), donados por las empresas privadas.

En relación a la compra de insumos especiales, a 65% no le compran, aunque son un elemento vi-

GRÁFICO N° 4: SEÑALE CON QUÉ INSUMOS CUENTA ACTUALMENTE EN SU LUGAR DE TRABAJO PARA APLICAR CURACIÓN AVANZADA

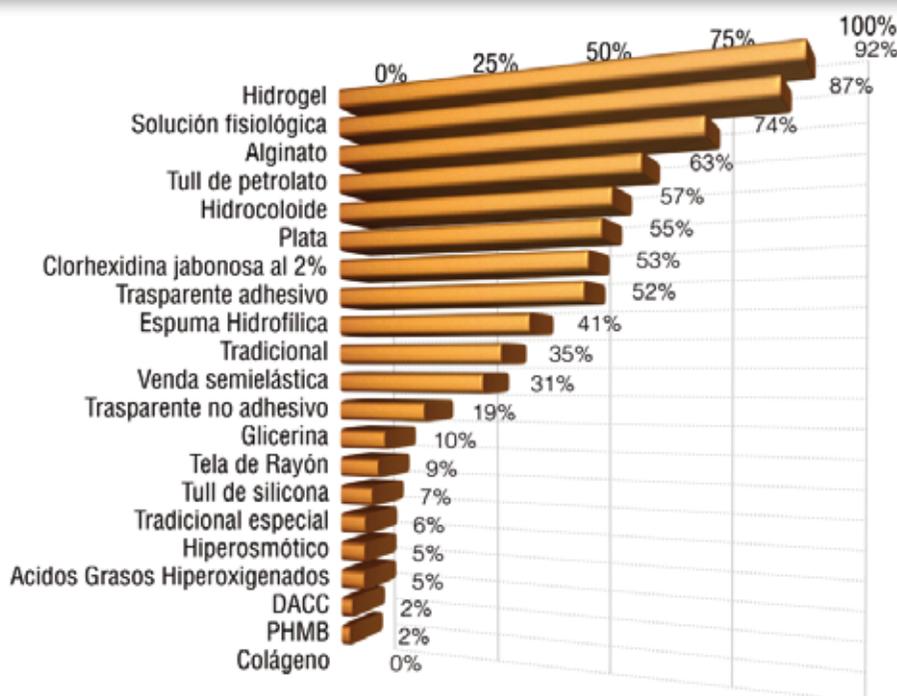
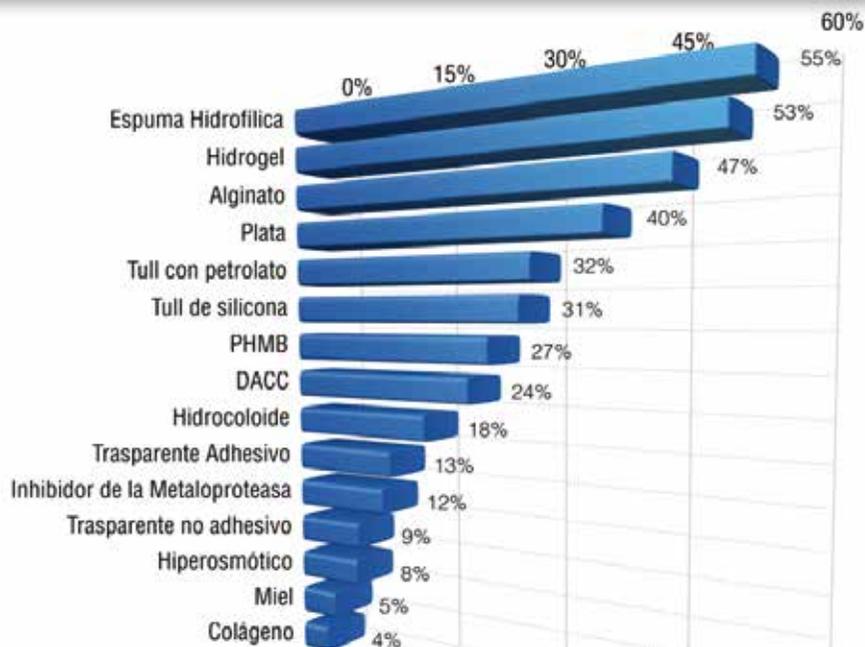
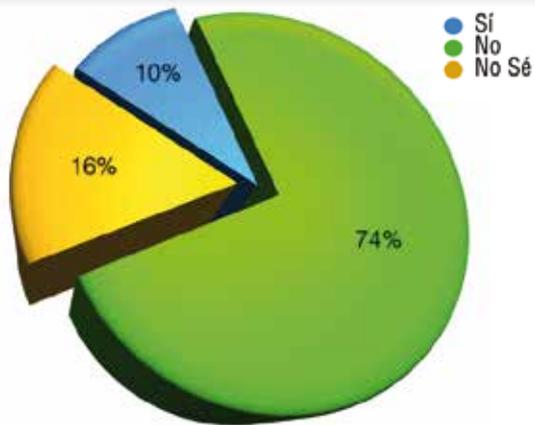


GRÁFICO N°5: ¿QUÉ APÓSITOS CONSIDERA MÁS IMPORTANTES PARA REALIZAR CURACIÓN AVANZADA?



Fuente: Encuesta de Capacitación

GRÁFICO N° 6: EN SU LUGAR DE TRABAJO, PARA TRATAR LAS ÚLCERAS VENOSAS ¿USAN SISTEMAS COMPRESIVOS AVANZADOS?



Fuente: Encuesta de Capacitación

tal para realizar la CA. La razón principal que se aduce es el alto costo de los apósitos especiales; en 2° lugar, la falta de conocimiento de la persona encargada de la compra, razón manifestada a

menudo por los profesionales que año a año participan en el Post Título en Manejo de Heridas y Ostomías del Instituto Nacional de Heridas.

4 Hitos en cada Ruta

En cada una se realizaron actividades diferentes dependiendo de las necesidades de cada ciudad. En la Isla de Chiloé, el reconocido empresario nacional y Presidente de ASEXMA CHILE, Roberto Fantuzzi, realizó una charla gratuita denominada "Emprendimiento e Innovación" en la comuna de Castro, donde más de 100 emprendedores de la zona y sus alrededores lo escucharon atentamente. En Iquique, a raíz del terremoto ocurrido en mayo del 2014, participaron dos psicólogas entregando atención de contención a los pacientes y sus familiares. En Copiapó se incorporó un dermatólogo, ya que en los anteriores operativos los pacientes presentaban muchos problemas dermatológicos alrededor de la lesión. En Coyhaique se incorporó una en-

fermera estomaterapeuta, ya que el Servicio de Salud Aysén solicitó ayuda de esta especialista por haber muchos pacientes ostomizados en la zona, sin capacitación de los profesionales que los atienden.

COSTOS DE LA RUTA SOLIDARIA DE LAS HERIDAS POR CHILE

El costo total de la Ruta fue de \$87.331.000, dinero aportado por las empresas privadas a través de la entrega de insumos clínicos, el aporte del voluntariado (médicos, enfermeras, nutricionistas, psicólogas, ingenieros, técnicos y administrativos) que corresponde a 48% del costo total de la Ruta, y gracias a la gestión de la FINH, a través del aporte de Socias, venta de Guías Clínicas, evaluaciones de productos y capacitaciones.

CONCLUSIONES

Cabe destacar la gran disposición de los Servicios de Salud y Municipios de las ciudades visitadas a acoger esta actividad, coordinando con todas las redes de salud involucradas.

Considerando que 85% de los pacientes pertenecía a los grupos FONASA A y B, esta iniciativa permite beneficiar a pacientes de escasos recursos con equipos de salud capacitados en su propio medio, con los recursos existentes y con sus propios pacientes, obteniendo así un mejor aprendizaje; por lo tanto, se considera importante que la FINH continúe realizando esta Ruta Solidaria de las Heridas por Chile, en las que, además, se entregan insumos clínicos que permiten la continuidad del tratamiento a los enfermeros/as que realizaron las pasantías clínicas.

Cabe destacar que una vez más se repite lo encontrado en otras Rutas: pacientes que llevan

más de 50 años con UV con curación tradicional día por medio. Este hallazgo resulta preocupante tanto por el alto costo para el Estado debido al gran número de años de atención, como por el deterioro de la calidad de vida de estas personas que sufren de dolores intensos, ingieren grandes dosis de analgésicos y ansiolíticos, presentan edema, infecciones y mal olor de las úlceras que provoca aislamiento social y consumo repetitivo de antibióticos, además de licencias médicas prolongadas.

El tratamiento de las UV con sistemas compresivos avanzados permitiría un ahorro significativo en insumos y horas profesionales y la mejoría de la calidad de vida de estos pacientes.

Los equipos de trabajo de las ciudades visitadas deben continuar trabajando en un modelo de atención multidisciplinaria frente a los pacientes con úlceras complejas para lograr su mejor recuperación.

Se destaca el gran trabajo solidario del equipo de salud de la FINH en aportar con su capacitación para continuar mejorando el tratamiento avanzado de heridas y ostomías en el país.





**FUNDACIÓN INSTITUTO
NACIONAL DE HERIDAS**



FUNDACIÓN INSTITUTO NACIONAL DE HERIDAS

CALENDARIO CAPACITACIÓN Y ACTIVIDADES 2016

POST TÍTULO MONITOR EN MANEJO DE HERIDAS Y OSTOMÍAS

FECHA	LUGAR	DIRIGIDO A:	COSTOS
31 de Marzo y 1,2,8,9 de Abril	Región	Profesionales	\$ 450.000
18 al 23 de Abril	Santiago	Profesionales	\$ 400.000
30 de Mayo al 4 de Junio	Santiago	Profesionales	\$ 400.000
4 al 9 de julio	Santiago	Profesionales	\$ 400.000
18,19,20,26,27 de Agosto	Región	Profesionales	\$ 450.000
5 al 10 de Septiembre	Santiago	Profesionales	\$ 400.000
29,30 de Septiembre y 1,7,8 de Octubre	Región	Profesionales	\$ 450.000
14 al 19 de Noviembre	Santiago	Profesionales	\$ 400.000
12 al 17 de Diciembre	Santiago	Profesionales	\$ 400.000

CURSO MONITOR TÉCNICO MANEJO CURACIONES TRADICIONALES Y OSTOMÍAS (A SOLICITUD)

FECHA	LUGAR	DIRIGIDO A:	COSTOS
10, 11 y 12 de Agosto	Santiago a solicitud de una institución	Técnicos	\$195.000

2° CONSENSO NACIONAL EN ÚLCERAS Y HERIDAS

28 de Octubre	Santiago	Gratis Socio FINH, No Socios \$85.000
---------------	----------	---------------------------------------

PASANTÍAS CLÍNICAS EN INSTITUTO NACIONAL DE HERIDAS

DURACIÓN	COSTOS	PRE-REQUISITO
Una Semana	\$300.000	Post-Título Monitor en Manejo de Heridas y Ostomias. Aprobado
Dos Semanas	\$420.000	

CAMPAÑAS SOLIDARIAS

DIA NACIONAL DE LAS HERIDAS	1 de Septiembre
RUTA SOLIDARIA DE LAS HERIDAS POR CHILE	Antofagasta: 8 y 30 de Abril Valdivia: 25 y 26 de Noviembre

(56) 222237667 - 222748352 - 223417132

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

Cutimed®

¿Sufres de úlceras por presión? ¿O quieres prevenirlas?

Cuenta con nosotros, tenemos la mejor solución para cada etapa.

Cutimed®



Espuma hidrocélular trilaminar con partículas absorbentes.



Espuma hidrocélular trilaminar con partículas absorbentes y dacc, para uso en heridas infectadas.



Apósito, tórnulas, mailas, rollos y mechas, impregnados en DACC, para uso en heridas infectadas.

BSN medical

www.bsnmedical.com
Contactochile@bsnmedical.com
Teléfono (+562) 27065410