



Manual de Integridad Cutánea
División de Enfermería
Htal. Dr. Cesar Milstein-UPMS
INSSJP



en PDF



Índice

Cuidados de Enfermería en pacientes con heridas quirúrgicas

Heridas quirúrgicas	3
Cuidados de enfermería	

Cuidados de Enfermería en pacientes con lesiones de piel asociadas a la humedad

Lesiones asociadas a la humedad	7
Cuidados de enfermería	9

Cuidados de Enfermería asociados a la incontinencia

Dermatitis asociada a incontinencia	10
Cuidados de enfermería	

Cuidados de Enfermería en pacientes con daño a la piel relacionados con adhesivos de uso sanitario

Daño a la piel relacionado con adhesivos de uso sanitario	12
Cuidados de enfermería	13

Cuidados de Enfermería en pacientes con pie diabético

Pie diabético	15
Cuidados de enfermería	

Cuidados de Enfermería en pacientes con lesiones por

Presión	17
Lesión por presión	19
Cuidados de enfermería	

Diagnósticos de Enfermería: Lesiones cutáneas.

Cuidados de Enfermería en pacientes con drenajes

Drenajes	25
Cuidados de enfermería	30

Diagnósticos de Enfermería: Drenajes

Cuidados de Enfermería en pacientes con heridas quirúrgicas

Una herida quirúrgica es un corte o incisión en la piel, que normalmente está hecha con un bisturí durante la cirugía.

Las heridas quirúrgicas se cierran generalmente con suturas, grapas o adhesivo quirúrgico.

El cuidado de las heridas posquirúrgicas implica limpieza, protección y control de la piel. El objetivo es prevenir complicaciones y permitir una rápida cicatrización de las heridas.

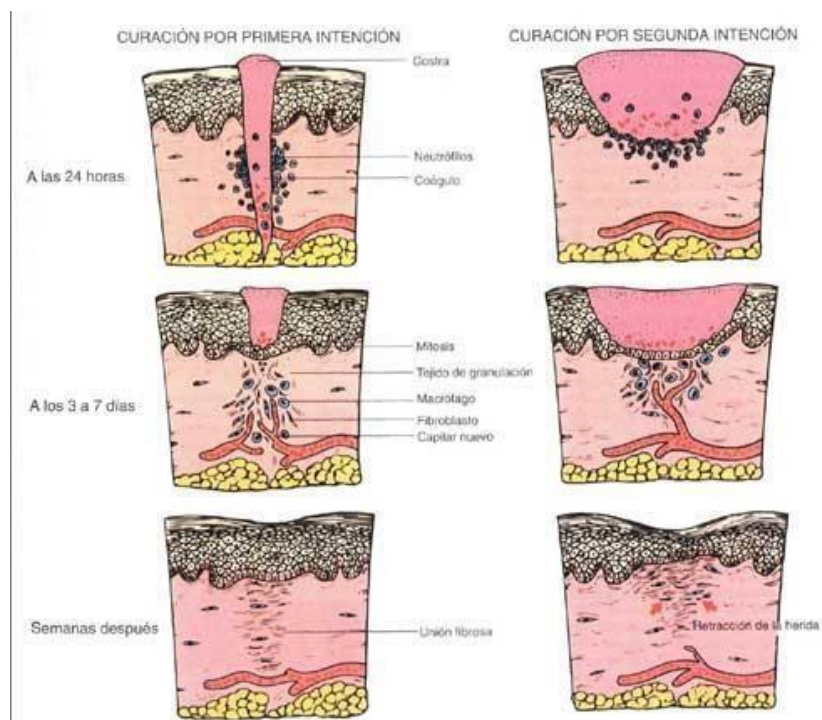


La herida se cierra inmediatamente después de la intervención.

Objetivo postquirúrgico: buena aproximación de los bordes de la herida (suturas, grapas o cinta adhesiva).

Cierres heridas quirúrgicas

- Primera intención: unión primaria, cierra rápidamente
- Segunda intención: necesita curaciones especiales para cerrar, hay mayor destrucción celular



Dehiscencia

- Complicación quirúrgica, donde la herida se separa o se abre abruptamente.
- Generalmente ocurre la apertura por la línea media.
- **Factores de riesgo:**
 - Sobrepeso / obesidad
 - Edad avanzada
 - Hábito tabáquico
 - Portador de patologías crónicas (DM)
 - Usuario de corticoides
 - Aumento de presión intraabdominal
- **Causas:**
 - Técnica Quirúrgica incorrecta
 - Tejido débil
 - Infección
 - Aumento de presión sobre puntos de sutura



Cuidados de enfermería

Curación plana

- Procedimiento realizado con técnica aséptica.
- La herida tiene bordes afrontados en su mayoría.
- No requiere apósitos bioactivos ni enzimáticos.
- Pertenece exclusivamente a cuidados de enfermería.
- No requiere indicación médica.



Materiales:



- Equipo curación (desechable o re esterilizado)
- Guantes estériles y Guantes clínicos
- Gasas estériles
- Apósito secundario a elección (tejido, transparente, etc.)
- Suero fisiológico
- Bolsa de desecho
- Lavamanos – alcohol gel
- Tela adhesiva
- Materiales especiales: Sacacorchetes, tijeras, pinza Kelly.



Cuidados de enfermería

Relacionados al paciente:

- Posición cómoda, tanto para el paciente como para el profesional
- Información

Relacionados al ambiente:

- Privacidad
- Personal adecuado

Relacionados a prevención de IAAS:

- Lavado de manos (5 momentos)
- Uso elementos de protección personal
- Mantener esterilidad material
- Mantener técnica estéril
- Cuidado con desechos biológicos

Relacionados al procedimiento:

- Dos operadores uno realiza la curación y otro asiste.
- Reunir materiales.
- Cercanía de los materiales.

Reglas de oro

- De lo más limpio, a lo más sucio.
- Gasas de un solo uso.
- Disponga del material estéril PREVIO a iniciar el procedimiento.
- Técnica estéril debe realizarse con dos operadores.
- PREVENCIÓN IAAS



Cuidados de Enfermería en pacientes con lesiones de piel asociadas a la humedad

Lesiones asociadas a la humedad

Se les conoce como MASD - LESCAH → lesiones cutáneas asociadas a la humedad.

Es una lesión localizada en la piel (no suele afectar a tejidos subyacentes) que se presenta como una inflamación (eritema) y/o erosión de la misma, causada por la exposición prolongada (continua o casi continua) a diversas fuentes de humedad con potencial irritativo para la piel (por ejemplo: orina, heces, exudado de heridas, efluentes de estomas o fístulas, sudor, saliva o moco).



*Son iguales por los dos lados, tienen bordes irregulares.



Factores favorecedores

Se produce por causa de tres importantes factores:

- Por efecto de un exceso de humedad sobre la piel
- Por la acción de agentes químicos irritantes
- Por la actividad derivada de un excesiva y repetida limpieza e higiene (fricción).

Tipos

- Dermatitis Asociada a Incontinencia
- Dermatitis Irritativa del Pañal
- Lesiones Periestomales
- Dermatitis asociada a Humedad peri – Herida
- Dermatitis Intertriginosa
- Dermatitis por Saliva
- Dermatitis cutánea asociada a Exudado

Tipo de sustancia irritante	Intensidad de afectación
● Agua (caliente/fría)	+
● Sudor	+
● Saliva	+
● Moco	+
● Orina	++
● Productos tópicos irritantes	++
● Exudado	++
● Heces formadas	+++
● Orina y Heces	++++
● Heces blandas con o sin orina	++++
● Heces líquidas con o sin orina	+++++

Figura 1 - Tipos de sustancias irritantes e intensidad de afectación

TIPO DE LESCAH	DESCRIPCIÓN	FACTORES IMPLICADOS	IMÁGENES
Dermatitis Asociada a Incontinencia (DAI)	Afectación cutánea relacionada con el contacto prolongado con sustancias irritantes por incontinencia urinaria, fecal o mixta y productos absorbentes.	<ul style="list-style-type: none"> • Orina y/o heces • Productos absorbentes • Productos de higiene y limpieza 	
Dermatitis Intertriginosa o Dermatitis por Transpiración	Afectación cutánea relacionada con el contacto prolongado con sudor en zonas de pliegues cutáneos.	<ul style="list-style-type: none"> • Sudor • Presión y fricción por pliegues • Oclusión por pliegues • Sobreinfección por flora 	
Dermatitis Perilesional Asociada a Exudado	Afectación cutánea relacionada con el contacto prolongado con exudado procedente de la lesión de la piel perilesional.	<ul style="list-style-type: none"> • Exudado procedente de lesiones • Tipo de apósitos • Adhesivos de apósitos 	
Dermatitis Cutánea Asociada a Exudado	Afectación cutánea relacionada con el contacto prolongado con exudado procedente de alguna extremidad con la piel.	<ul style="list-style-type: none"> • Exudado no procedente de lesiones • Patologías de base: linfedema, etc. 	
Dermatitis Periestomal	Afectación cutánea relacionada con el contacto prolongado de los fluidos procedentes del estoma.	<ul style="list-style-type: none"> • Fluidos procedentes de Ostomía • Tipo de dispositivo recolector. • Adhesivo del dispositivo 	
Dermatitis por Salivación o Mucosidad	Afectación cutánea relacionada con el contacto prolongado con saliva o mucosidad procedente de la cavidad orofaríngea o las fosas nasales.	<ul style="list-style-type: none"> • Saliva • Mucosidad • Roce o fricción • Presión • Procesos patológicos asociados (neurológicos, psiquiátricos, etc.) 	

Figura 10 - Clasificación de las LESCAH

Cuidados de enfermería

- VALORAR
- Prevenir
- Limpiar
- Hidratar
- Proteger **¿Cómo limpiar?**



- Limpiar a diario y después de cada episodio de incontinencia.
- Usar una técnica suave con la mínima fricción.
- Evitar los jabones regulares (alcalinos)
- Elegir un limpiador líquido y suave, que no necesite enjuague, o una toalla húmeda (diseñada e indicada para el cuidado de la incontinencia), con un pH similar al de la piel normal.
- Secar suavemente la piel, si es necesario, después de la limpieza.

¿Con qué proteger?

- Ácidos grasos hiperoxigenados → linovera, a 10 cm de distancia. Es personal. Protege de la humedad y fricción. Además de proteger, hidrata la piel.
- Óxido de zinc → hipoglos, considerar que es muy difícil de sacar
- Siliconas → cavilon. Solo protege, no hidrata ● Vaselina → no es respirable.
- Karaya → viene en polvo, se utiliza en piel sana. Lo más frecuente es utilizarla en ostomías.
- Barreras Poliméricas Acrílicas → similar a siliconas. Son de 3 aplicaciones.
- Apósitos Adhesivos → protegen de la fricción.



¿Cómo restaurar?

- Esto se logra mediante el uso de productos de protección cutánea prolongada (a menudo denominados “cremas hidratantes”).
- Lo habitual es que contengan materiales lipofílicos o aceites (conocidos como “emolientes”).
- Pueden contener lípidos similares a los que encontramos en el estrato córneo sano y así pretenden reducir la sequedad y restaurar la matriz lipídica.
- O también hay humectantes, que son sustancias que funcionan atrayendo y reteniendo el agua en el estrato córneo (glicerina y la urea).

****CUIDAR APLICACIÓN EN PLIEGUES, FAVORECE LA HUMEDAD**

Cuidados de Enfermería en pacientes con dermatitis asociada a la incontinencia

Dermatitis asociada a incontinencia, Se le conoce como DAI.

Tipo de dermatitis (inflamación de la piel) de contacto irritativa que se observa en pacientes con incontinencia fecal o urinaria.



CUADRO 1 | Términos que se han utilizado para referirse a la DAI

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------|
| ■ Dermatitis del pañal/ Pañalitis | ■ Lesiones por humedad |
| ■ Exantema o rash del pañal | ■ Dermatitis perineal |
| ■ Dermatitis irritante | ■ Exantema o rash perineal |

Importancia

- Pacientes con DAI tienen 22 veces más riesgo de desarrollar UPP
- 80% de los pacientes de UCI son incontinentes y 70% de ellos desarrollará DAI.

¿Quiénes contribuyen a que se genere DAI?

- Orina
- Deposiciones
- Diarrea
- Humedad

Siempre la noxa final depende del TIEMPO y la FRECUENCIA de exposición al agente generador de daño.

noxa (del latín *damnum*, daño) al agente etiológico, agente patógeno o todo factor que, por exceso, defecto o carencia, es capaz de causar un perjuicio a un organismo, destruyendo la homeostasis (equilibrio) que éste mantiene con el medio.

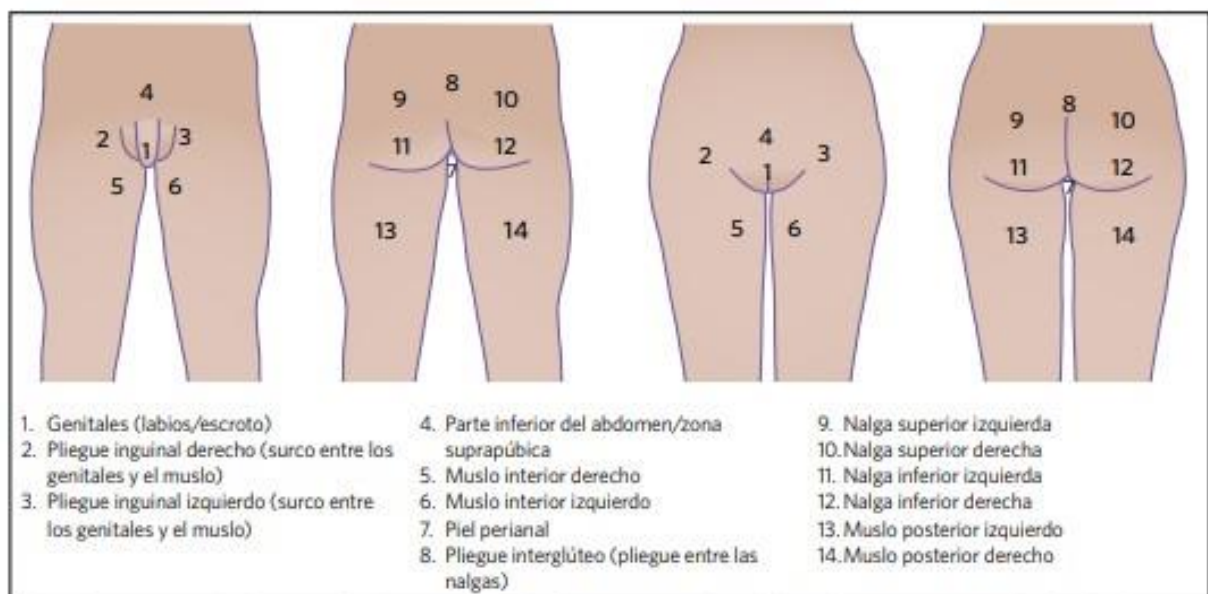
Clasificación

TABLA 1 | Herramienta de clasificación de la severidad de la DAI

Presentación clínica	Severidad de la DAI	Signos**
	Ausencia de enrojecimiento y piel intacta (en situación de riesgo)	La piel se muestra normal en comparación con el resto del cuerpo (ausencia de signos de DAI)
	Categoría 1: piel enrojecida* pero intacta (leve)	Eritema ± edema
  moderado severo	Categoría 2: piel enrojecida* y con daño (moderado-severo)	Igual que arriba para la categoría 1 ± vesículas/ampollas/erosión cutánea ± denudación cutánea ± infección cutánea

* O de tonalidad más pálida, oscura, púrpura, rojo oscuro o amarillo en pacientes con tonos de piel más oscuros
**Si el paciente no tiene incontinencia, la afección no es DAI

Localización



Cuidados de enfermería

- VALORAR
- Prevenir
- Limpiar
- Hidratar

Proteger ¿Cómo limpiar?

- Limpiar a diario y después de cada episodio de incontinencia.
- Usar una técnica suave con la mínima fricción.
- Evitar los jabones regulares (alcalinos)
- Elegir un limpiador líquido y suave, que no necesite enjuague, o una toalla húmeda (diseñada e indicada para el cuidado de la incontinencia), con un pH similar al de la piel normal.
- Secar suavemente la piel, si es necesario, después de la limpieza.



¿Con qué proteger?

- Ácidos grasos hiperoxigenados → linovera, a 10 cm de distancia. Es personal. Protege de la humedad y fricción. Además de proteger, hidrata la piel.
- Óxido de zinc → hipoglos, considerar que es muy difícil de sacar
- Siliconas → cavilon. Solo protege, no hidrata ● Vaselina → no es respirable.
- Karaya → viene en polvo, se utiliza en piel sana. Lo más frecuente es utilizarla en ostomías.
- Barreras Poliméricas Acrílicas → similar a siliconas. Son de 3 aplicaciones.
- Apósitos Adhesivos → protegen de la fricción.



¿Cómo restaurar?

- Esto se logra mediante el uso de productos de protección cutánea prolongada (a menudo denominados "cremas hidratantes").
- Lo habitual es que contengan materiales lipofílicos o aceites (conocidos como "emolientes").
- Pueden contener lípidos similares a los que encontramos en el estrato córneo sano y así pretenden reducir la sequedad y restaurar la matriz lipídica.
- O también hay humectantes, que son sustancias que funcionan atrayendo y reteniendo el agua en el estrato córneo (glicerina y la urea).

****CUIDAR APLICACIÓN EN PLIEGUES, FAVORECE LA HUMEDAD**

****Lo ideal es dejar secar cuando se va a cambiar el pañal, para así evitar la humedad.**

Cuidados de Enfermería en pacientes con daño a la piel relacionados adhesivos de uso sanitario

Daño a la piel relacionado con adhesivos de uso sanitario

Se le conoce como MARSÍ.

Es un EVENTO ADVERSO en el cual la piel sufre de eritemas y/u otras manifestaciones de anormalidad cutánea (incluyendo, pero no limitado a vesículas, flictenas, erosión, o peladuras) por 30 minutos más, luego del retiro de una cinta quirúrgica.



Factores de riesgo

- Condición oncológica
- Hemodiálisis
- Ciertos fármacos
- Práctica clínica
- Uso reiterado de adhesivos
- Enfermedades metabólica y genéticas
- Enfermedad vascular y periférica
- Terapia de radiación
- Trasplante de órganos
- Edades extremas

Tipos

- Desprendimiento de epidermis
- Lesión por tensión o flictena
- Foliculitis
- Rasgadura de piel
- Maceración
- Dermatitis alérgica por contacto
- Dermatitis irritativa por contacto



Tratamiento

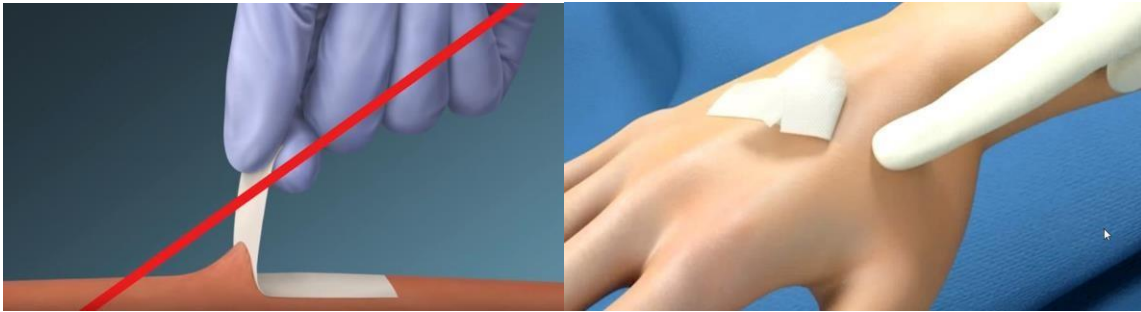
- Prevención

Cuidados de enfermería

PREVENCIÓN.

- Adhesivo apropiado → considerar características de cada apósito
- Preparación de la piel → utilizar protectores cutáneos, por ejemplo: siliconas
- Técnica apropiada → técnica de la tracción: se toma la piel y se retira hacia atrás

- Retiro apropiado → el momento de retiro debe ser el adecuado



Cuidados de Enfermería en pacientes con pie diabético.

Pie diabético

- Complicación tardía de la diabetes
- Complicación que mayor número de hospitalizaciones genera en la población diabética
- El pie diabético corresponde al pie de personas diabéticas, las cuales, por la sola existencia de su diabetes, sufren de alteraciones que las llevan a presentar riesgo de lesiones y amputaciones.
- Existen 3 categorías de pie diabético:
 - Sin lesiones, pero con alteraciones sensitivas al test del monofilamento.
 - En riesgo, con lesiones preulceración: hiperqueratosis, deformidades y otros.
 - Activo: aquel con lesión ulcerada. amputaciones mayores de origen no traumático.



TABLA 1: características típicas de las UPD en función de su etiología

Característica	Neuropática	Isquémica	Neuroisquémica
Sensibilidad	Pérdida sensorial	Dolorosa	Grado de pérdida sensorial
Callo/necrosis	Con callo y a menudo grueso	Necrosis común	Callo mínimo
Lecho de la herida	Rosáceo y granulado, rodeado de callo	Pálido y descamado con granulación deficiente	Granulación deficiente
Pulso y temperatura del pie	Caliente con pulso saltón	Frío con pulso ausente	Frío con pulso ausente
Otras	Piel seca y fisura	Retraso de la curación	Riesgo elevado de infección
Localización típica	Zonas que soportan peso del pie, como por ejemplo las cabezas metatarsianas, el talón o sobre el dorso de los dedos en garra	Las puntas de los dedos, bordes de las uñas y entre los dedos y los bordes laterales del pie	Márgenes del pie y de los dedos
Prevalencia (según ³⁵)	35 %	15 %	50 %

Clasificación

Tabla 1. Clasificación de Meggit-Wagner (23)		
Grado	Lesión	Características
0	Ninguna, pie de riesgo	Callos gruesos, cabezas de metatarsianos prominentes, dedos en garra, deformidades óseas
I	Úlceras superficiales	Destrucción del espesor total de la piel
II	Úlceras profundas	Penetra la piel grasa, ligamentos pero sin afectar hueso, infectada
III	Úlcera profunda más absceso (osteomielitis)	Extensa y profunda, secreción, mal olor
IV	Gangrena limitada	Necrosis de una parte del pie o de los dedos, talón o planta
V	Gangrena extensa	Todo el pie afectado, efectos sistémicos

Wagner FW. The dysvascular foot: a system for diagnosis and treatment. Foot Ankle 1981; 2: 64-122.

*Se realiza manejo de enfermería hasta el grado II

Cuidados de enfermería

Prevención

- SIEMPRE SE INICIA POR EL CONTROL DE LA DIABETES
- Mantenga los pies limpios y suaves
 - Lávelos diariamente con agua tibia
 - No use agua muy caliente
 - Seque entre los dedos completamente y con suavidad
 - Aplique crema o loción por encima o debajo de los pies, pero no entre los dedos
- Use los zapatos y calcetines adecuados
 - Use zapatos fabricados con cuero suave o lona
 - No use zapatos apretados ni sandalias
 - Use calcetines sin hoyos.
 - No use ligas elásticas
- Revise sus pies diariamente
 - Busque cortaduras u otras grietas en la piel
 - Busque hinchazones, palpe si hay zonas más calientes
 - Mire también entre los dedos
 - Si es necesario revise con algún espejo de mano o pida ayuda a un familiar

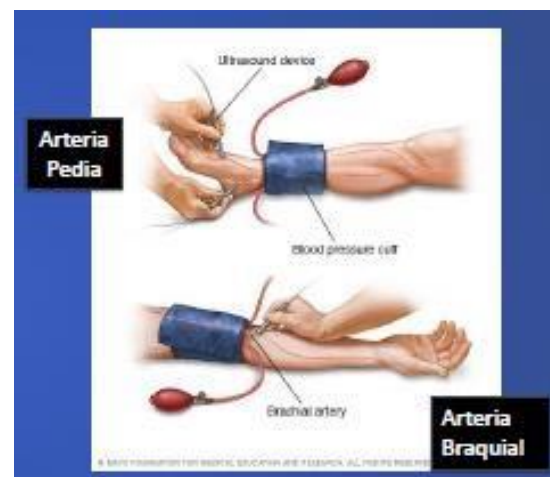


Índice tobillo brazo

Indicador de isquemia en EEII.

Materiales:

- Operador adiestrado
- Doppler Vascular periférico (5 –10 mHz)
- Gel Transductor
- Manguito manual de manometría
- Materiales de registro *Beneficios examen:*
- Sencillo
- Bajo costo
- Alta sensibilidad



Valores normales: 0,9 -1,2

Valor menor a 0,9: Probable insuficiencia arterial

$$\text{ITB} = (\text{PAS TOBILLO}) / (> \text{PAS BRAZO})$$

Tratamiento

- MULTIDISCIPLINARIO
- INICIAL: tratamiento causa → DM controlada
- Asegurar irrigación sanguínea adecuada
- HERIDA: CAH → curación avanzada de heridas
- INFECCIÓN: Antibióticos según cultivo y patógeno
- Eliminar la presión



Cuidados de Enfermería en pacientes con lesiones por presión.

Nomenclaturas varias a través de los años:

- Escara, Úlcera por presión, Lesión por presión, Úlcera por decúbito, etc...

Definiciones

“Lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea, producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros, uno perteneciente al paciente y otro externo a él”.

La presión + la fricción genera cizallamiento.

**80% de ellas se ubica en sacro y talones.

Se deben notificar, debido a que corresponden a EVENTOS ADVERSOS.



Factores de riesgo

- Intrínsecos
 - Inmovilidad (condición física)
 - Alteraciones respiratorias, circulatorias
 - Diabetes
 - Insuficiencia arteriovenosa
 - Hipotensión
 - Insuficiencia cardíaca
 - Vasoconstricción periférica
 - Anemia
 - Septicemia
 - Edad
 - Malnutrition
 - Deshidratación
 - Estado mental alterado (agitación psicomotora)
- Extrínsecos
 - Humedad
 - Sustancias irritativas
 - Estancia hospitalaria prolongada
 - Superficies de apoyo
 - Fricción excesiva del baño
 - Uso de dispositivos: invasivos o no invasivos.



Estadios

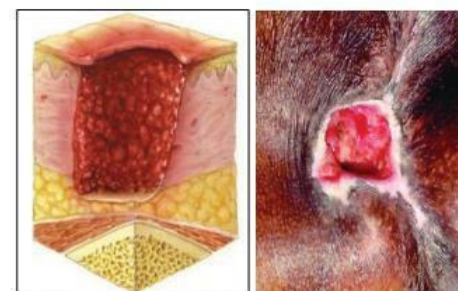
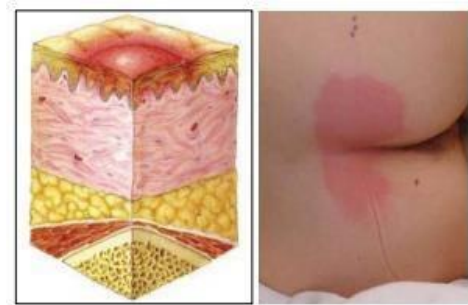
Son una medida de la profundidad del daño del tejido.

- Estadio 0 → eritema blanqueable
 - Sin lesión
 - NO es LPP
 - Indica riesgo
 - Hiperemia reactiva

- Estadio I → eritema no blanqueable
 - Piel intacta.
 - Enrojecimiento NO blanqueable.
 - En prominencia ósea.
 - Ojo piel pigmentada.
 - Puede ser dolorosa, firme, suave, caliente, fría, etc.
 - Signo de alerta importante.

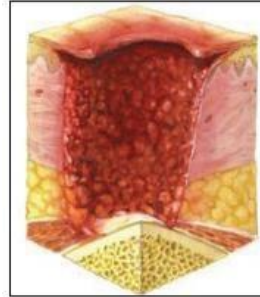
- Estadio II → úlcera de espesor parcial
 - Pérdida espesor parcial de la dermis.
 - Úlcera abierta.
 - Poco profunda.
 - Lecho herida: rojo sin esfacelo. ○ Flictena: abierta o cerrada.

- Estadio III → pérdida total del grosor de la piel
 - Pérdida completa del tejido.
 - Grasa subcutánea posiblemente visible.
 - Huesos, tendones, fascia y músculo no expuesto ni visible.
 - Esfacelo puede ser.
 - Puede tener cavitación y tunelización.
 - Diferenciar zona anatómica de alto y bajo espesor adiposo alteran profundidad. Pueden ser MUY profundas, pero sin variar de estadio.



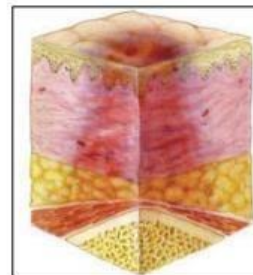
- Estadio IV → pérdida total del espesor de tejidos

- Hueso expuesto, músculo o tendón (estructuras de soporte).
- Incluye cavitaciones o tunelizaciones
- Puede haber esfacelo o tejido necrótico.
- Ojo con zonas de poco tejido subcutáneo (nariz, oreja, occipital, etc) pueden ser poco profundas, pero en estadio IV.
- Hueso o músculo es visiblemente expuesto o palpable.
- Evolución a osteomielitis u osteítis.



- Sospecha de daño tisular profundo

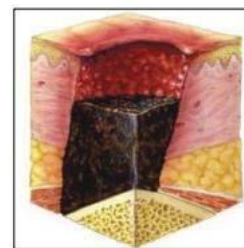
- Coloración púrpura o marrón.
- Flictena rellena de sangre.
- Tejido doloroso, firme o blando. ○ Puede evolucionar a ampolla fina sobre el lecho de la herida.



- Puede evolucionar de manera rápida y exponer tejidos, incluso mientras se realice un óptimo tratamiento de la herida.

- LPP no clasificable - no estadiable ○ Pérdida espesor total.

- La base puede estar cubierta coloración esfacelo: amarillo, marrón, gris, verde, canela, etc.
- Cubierta por escara: canela, marrón, negro.
- Escara estable generalmente seca.
- Ojo, lesión mayor no recuperable.
- Lesión se codifica como “cobertura natural del cuerpo”. ○ Resumen... ¡¡¡NO ELIMINAR!!!



**95% de las LPP son prevenibles.

Cuidados de enfermería

- Valoración periódica de piel y tejidos
 - Aplicación de escalas
 - Valoración constante, no solo según norma y/ escala.
- Control microclima
 - Piel limpia y seca
 - No calefactores húmedos
 - Control incontinencia
- Uso apósitos preventivos
 - No deje de realizar prevención si se tiene apósito instalado.
- Evaluación estado nutricional
 - Al ingreso, al cambio de situación clínica, cuando no hay avance en evolución de heridas.
 - Plan nutricional individualizado
 - 30 – 35 kcal/kg peso corporal mínima
 - Utilización de suplementos o alimentos enriquecidos ○ Considerar aporte enteral o parenteral si ingesta oral decae.
 - Adultos: 1,25 a 1,5 gr proteínas /kg al día siempre evaluar riesgo de AKI
 - Recomendar Hiperproteica e Hipercalórica
- Hidratación
 - Valorar estado de hidratación
 - Asegurar hidratación vía oral, enteral o parenteral si es necesario.
- Cambios posturales y Movilización Precoz
 - Considerar situación clínica
 - Maniobra de liberación de presión
 - Evitar apoyar prominencias óseas o eritemas no blanqueables
 - Evite someter a cizallamiento, levante NO arrastre
 - Prefiera sabanilla transversal para movilizar.
 - Use grúa mecánica si precede, retire arnés posterior al uso
 - Cuidar superficie de la piel con dispositivos clínicos (apósitos)
 - Evitar 90°, favorecer 30° incluso en decúbito
 - Posición prono
 - Evitar deslizamiento en cama





- Superficies de apoyo
 - Revisar idoneidad de los dispositivos
 - No olvidar cambios posturales, aunque posea dispositivo de alivio de presión
 - Limite ropa de cama en cantidad
 - Colchón de espuma reactiva de alta especificación
 - Utilización de colchón de redistribución de presión no motorizado
- Dispositivos clínicos
 - Use tamaño correcto y fabricación adecuada
 - Suficientemente fijos prevenir desplazamiento accidental
 - Revise bajo dispositivos DIARIAMENTE al menos 2 veces
 - Considere uso de protector (apósito o silicona)
- Curación avanzada de heridas

Diagnóstico de Enfermería: Lesiones cutánea

Existen variados diagnósticos para lesiones cutánea, hay que recordar que cada paciente es único dolor.

Por la tanto, lo que se presentará a continuación son solo ejemplos de posibles diagnósticos:

Alteración de la integridad cutánea R/C humedad M/P eritema, irritación prurito, edema.

- Proceso infeccioso R/C ulcera en pie izquierdo M/P inflamación de la zona, secreción purulenta, cultivo microbiológico (+).
- Sangrado abundante R/C dehiscencia de herida quirúrgica M/P apósito manchado, taquicardia, taquipnea, dificultad respiratoria, confusión.
- Riesgo de deterioro tisular R/C inmovilidad del paciente.



Cuidado de heridas en pacientes con drenajes.

Drenajes

Corresponden a dispositivos médicos que tienen como finalidad extraer o derivar desde el interior hacia el exterior líquido o exudado acumulado en cavidades, órganos o tejidos del organismo.



Tipos

- Penrose
- Tubular
- Hemovac – Hemosuc
- Pleural
- VAC
- Pleural
- Drenaje Ventricular Externo

Drenaje tubular

- Se utiliza principalmente en cavidades principalmente abdominal.
- Se instala por contrabertura.
- Se fija a la piel con un punto
- Tiene centímetros de medición para identificar nro. de fijación (a veces).
- Inicialmente los contenidos tienen tinte hemático y luego migran a serohemático.
- Se retiran según indicación médica. O según la cantidad de contenido que drenen al día. → Lo común es que sea luego de 48 - 72 horas con < 50 ml de drenado.
- Se conectan a distal con bolsa recolectora, no es aspirativo, por lo que el líquido o exudado egresa a caída libre o por diferencia de presiones.



Drenaje Hemovac - Hemosuc

- Tipo de drenaje tubular.
- De carácter aspirativo.
- La aspiración se realiza de manera mecánica. (comprimiendo sistema recolector y generando vacío)
- El vacío se pierde a medida que sale el contenido.
- Se utiliza en cirugías traumatológicas, urológicas, vasculares, tiroideas, etc. ● No requiere quedar a caída, la salida del líquido la entrega la aspiración.



*Mientras más lleno esté, será menos aspirativo porque pierde vacío.

Drenaje Penrose

- Drenaje capilar de goma
- Se utiliza para conducir exudado o contenido
- En hematomas, heridas infectadas o abscesos.
- Puede fijarse (o no) con un punto.



Sistema VAC

- Vacuum Assisted Closure → aspiración continua al vacío
- Objetivos principales: Eliminar el exudado y los materiales infecciosos
- Se utiliza para ayudar a estimular la cicatrización de las heridas y reducir el exudado a través de una acción multimodal, bajo la influencia de una presión negativa continua o intermitente.
- Utiliza un apósito de esponja de poliuretano o alcohol polivinílico que actúa como interfaz entre la superficie de la herida y la fuente de vacío.
- El apósito de esponja se cubre mediante una lámina selladora adhesiva transparente semioclusiva (V.A.C. Drape). Se aplica después una almohadilla SensaT.R.A.C. (con tubos integrados) y se conecta a la unidad V.A.C.



*Se utiliza en cavidades de heridas importantes, debido a que se debe rellenar con espuma.

- Instalado generalmente por cirujano plástico o cirujano. A veces recambio cae en enfermería
- Compruebe que consigue y mantiene un buen sellado de la zona.
- Controle continuamente y compruebe y responda a las alarmas.
- La configuración por defecto de la Terapia V.A.C. es de 125 mmHg en una indicación continua. La configuración de presión de V.A.C. puede ajustarse en incrementos de 25 mmHg cuando hay:
 - Drenaje excesivo
 - Volumen de heridas grande
 - Apósito V.A.C. WhiteFoam en la herida o en zonas tunelizadas
 - Un sellado lábil.
- La configuración de presión V.A.C. puede reducirse en disminuciones de 25 mmHg cuando:
 - En pacientes muy ancianos, muy jóvenes o que manifiestan problemas nutricionales.
 - Cuando el dolor o las molestias no se alivian con una analgesia apropiada
 - Hay riesgo de hemorragia excesiva (como en pacientes con tratamiento anticoagulante)

- Cuando hay insuficiencia circulatoria (como en vasculopatías periféricas)
- Cuando hay un crecimiento excesivo del tejido de granulación

Drenaje pleural

Sistema de drenaje que se ubica en el espacio pleural para drenar: aire, líquido o ambos.

RECORDAR: Pleura es un espacio VIRTUAL. Aproximadamente 1 ml/kg adulto.

- Se inserta de manera transcutánea.
- Aire o líquido causado por:
 - Neumotórax → entre 2° y 3° espacio intercostal línea media clavicular.
 - Hemotórax → entre 5° y 6° espacio intercostal, línea media axilar.
 - Cirugía Torácica
 - Derrame pleural ● *Objetivos:*
 - Drenaje contenido
 - Recuperar presión negativa
 - Permitir reexpansión pulmonar
- Flexibles, no colapsables
- Transparentes
- 51 cm aproximado
- Calibres 16 al 36 Fr
- Radiopacos
- Se pueden dejar aspirativos (red central) o “a trampa”
- En algunos centros aún utilizan sistemas de botella/frascos, actualmente, sin embargo, se utiliza sistema de aspiración cerrado Aquaseal



Aquaseal

- Sistema de drenaje pleural con sello de agua cerrado de 3 cámaras
 - Cámara de sello de agua
 - Cámara de control de aspiración
 - Cámara de recolección
- Emula sistema de 3 frascos/botellas
- Más fácil de armar
- Compacto
- Transportable *Armado:*
 - Técnica estéril
 - Previo a la llegada del paciente si se puede



- Asegurar la conexión a aspiración central antes si el médico lo indica.

Sello de agua:

- Llenar sello de agua
- 45 ml agua bidestilada estéril
- Queda color azul en Sistema
- Jeringa incluida en set
- Desechar jeringa

Llenado cámara aspiración:

- Agua Bidestilada
- Destapar
- Tapa blanca, redonda, plana
- Insertar cantidad de agua necesaria para generar presión negativa de aspiración deseada. ● 15 cm, 20 cm, 25 cm.
- Cerrar tapa blanca



Conexión paciente - aspiración:

- Recibiremos al paciente con el tubo pleural pinzado. Recuerde no despinzar hasta tener circuito armado.
- Debemos tener sistema armado.
- Al tener armado con presión de H2O deseada, se conecta con o sin ayuda de adaptador.
- Si lo requiere, podemos sellar con apósito transparente y así prevenir fugas de sistema.
- Solo después de conectar, y asegurarnos que el sistema no tiene fugas, podemos despinzar (desclampar).
- El paciente puede sentir una leve molestia en el tórax a raíz de la presión negativa que estamos ejerciendo (si está conectado a aspiración).



Cuidados de enfermería Generales

- Valorar diariamente sitio de inserción.
- Mantener fijo sitio de inserción.
 - Dispositivos de fijación, punto, tela adhesiva.
 - Si tiene medición de cm, registraral recibir de pabellón y diariamente.





- Proteger de desplazamientos (baño en cama, deambulación, imagenología, etc.).
- Mantener técnica aséptica con sitio de inserción.
- Proteger inserción del ambiente (cubrir con apósito).
- Medición de contenido.
 - Si es abundante, avisar → Si es necesario realizar BH
 - Siempre anotar al final del turno la cantidad de contenido drenado (pero vigilar constantemente) o SOS
 - Realizar la medición con técnica aséptica.
- Observación de tipo de contenido.
- Mantenerse alerta ante signos de infección (locales o sistémicos) → Puerta de entrada MO.
- Verificar permeabilidad

Drenajes aspirativos

- Generar aspiración manual si lo requiere.
- Revisar periódicamente signos de pérdida de vacío (recolector vuelve a tamaño inicial)
- Si están conectados a central de aspiración, corroborar que dispositivo se encuentre bloqueado, o si no se puede bloquear, revisar periódicamente nivel de aspiración (mmHg).
- Si están conectados a sistema VAC asegurarse que dispositivo tenga batería y cable de conexión eléctrica.
- Si además sistema VAC mantiene sistema de irrigación, asegurarse de mantener la irrigación con volumen.



Drenaje Aquaseal

- Comprobar sistema: burbujas de aspiración si el sistema está conectado a aspiración central: en cámara de Presión de Agua.
- Burbujas en sello de agua o nivel oscilante en sello si el paciente está solo a trampa de agua.

- La conexión o desconexión a la aspiración central está indicada por médico cirujano.
- Él debe autorizar desconexión de aspiración si es necesario para movilizar al paciente.
- No dejar caer sistema Aquaseal ya que se mezclará el volumen de las cámaras de llenado, imprecisando la cuantía del líquido que sale.
- Se debe cambiar el set de Aquaseal al llegar cercano al máximo de medición (2,5 lts)
- Debe cuantificarse una vez por turno o SOS la cantidad de secreción
- Lo normal en un Hemotórax es que la secreción varíe de: hemática franca, serohemática a CITRINA (cerosa un poco amarillenta, indicador de que ya no hay contenido hemático drenable).
- Recordar: la aspiración del sistema está entregada por la cantidad de agua (cm de H₂O) que se administran en la columna de presión. NO por la central de aspiración.
- Se debe revisar la cantidad de agua de la cámara, ya que, con las burbujas de la aspiración central, el agua se evapora y pierde volumen. Para ellos, debemos cerrar la aspiración (palanca negra) y medir cantidad de agua, rellenar si es necesario.



Sitio de inserción

- Corroborar punto in situ
- Mantener limpio, seco y protegido
- Aislar del resto del ambiente (cubrir con apósito)
- Ojalá apósito semioclusivo (barrera)
- Si punto de inserción filtra, dejar apósito absorbente, si es demasiado, avisar a cirujano.
- Comprobar tipo de exudado del punto de inserción
- Ver necesidad de cultivar sitio de inserción
- Pesquisar síntomas de infección: eritema, inflamación, aumento de temperatura, exudado purulento, fiebre, ex Laboratorio alterados (parámetros inflamatorios)



Diagnósticos de Enfermería: Drenajes

Existen variados diagnósticos para los drenajes, hay que recordar que cada paciente es único. Por lo tanto, lo que se presentará a continuación son solo ejemplos de posibles diagnósticos:

- Alteración de la superficie cutánea R/C instalación de dispositivo de drenaje M/P, incisión para drenaje, calor local y zona enrojecida.

- Riesgo de infección R/C tiempo de duración del drenaje.
- Eliminación de líquidos R/C proceso de drenaje M/P registro de medición de cm, cavidades, órganos o tejidos involucrados desinflamados, resultado de balance hídrico.

