

**Universidad de Zaragoza
Escuela de Enfermería de Huesca**

Grado en Enfermería

Curso Académico 2012 / 2013

TRABAJO FIN DE GRADO

**TIPOS DE DESBRIDAMIENTO EN LAS HERIDAS CRÓNICAS.
DIMENSIÓN PRÁCTICA Y LEGAL. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.**

Autor/a: D. Raúl Sampietro Martínez

Tutor/a: D.ª Mª Concepción Rubio Soriano



INDICE

Resumen-----	3
Introducción-----	4
Objetivos-----	5
Metodología-----	5
Desarrollo-----	9
Conclusiones-----	19
Agradecimientos-----	22
Bibliografía-----	23

TIPOS DE DESBRIDAMIENTO EN LAS HERIDAS CRÓNICAS. DIMENSIÓN PRÁCTICA Y LEGAL. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

RESUMEN

El desbridamiento es una fase del tratamiento de las heridas crónicas (HC) destinado a conseguir el objetivo de la curación, ya que produce una aceleración en la cicatrización y una reducción de infecciones al potenciar el desbridamiento fisiológico existente en el lecho de la herida. (2) (17)

El desbridamiento se basa en la eliminación del tejido no viable del lecho ulcerar, fundamentalmente de tejido necrótico negro (escara) o tejido necrótico amarillo o esfacelar. (2)

Existen varios tipos de desbridamiento (2,13,19), por lo que una buena opción en la elección de la técnica será fundamental en la evolución de la lesión del paciente.

Para evitar una mala praxis por parte del profesional y subsanar problemas legales relacionados con la cura de heridas y su prevención, se debe realizar un registro de las acciones realizadas, así como la elaboración de un consentimiento informado para las técnicas de desbridamiento que se realicen. (8)

Palabras clave: Desbridamiento, heridas crónicas, úlceras por presión (UPP)

INTRODUCCIÓN

Las heridas crónicas (HC), son aquellas que necesitan un tiempo elevado para su cicatrización y que cicatrizan por segunda intención, eliminando y reparando tejido desvitalizado. Una herida se considera crónica cuando no ha terminado el cierre en un período aproximado de 6 semanas. Entre las HC más habituales en la práctica clínica nos encontramos con las úlceras por presión (UPP), úlceras vasculares, úlceras arteriales y úlceras del pie diabético. (15)

La prevalencia de las HC varía en función del tipo. En las UPP se observa que según el segundo estudio nacional de prevalencia de UPP realizado en España, y mencionado por JJ Soldevilla en su tesis doctoral (10), este tipo de HC afecta a un 9.1% de los pacientes que reciben atención domiciliaria, a un 8.91% de los ingresados en hospitales de agudos y a un 10.9% de los pacientes ingresados en residencias de la tercera edad. Las úlceras venosas, cuya causa es la insuficiencia venosa crónica, presentan una prevalencia del 1,12% de la población adulta, la mayoría mayores de 65. Una de cada tres úlceras venosas recidiva en un periodo de nueve meses y alrededor del 60% a los 5 años. Las úlceras arteriales son debidas a una insuficiencia arterial y tienen una prevalencia que oscila entre un 8% y un 11% en mayores de 65 años, y en personas menores de 60 se aproxima al 2%. En cuanto a las úlceras del pie diabético en países desarrollados se observa una prevalencia que varía desde el 4% hasta el 10%. (10)

Ante las diversas posibilidades y técnicas de desbridamiento (2,13,19) y el elevado número de productos desbridantes, he observado en la práctica clínica que los profesionales sanitarios de diferentes servicios no utilizan el mismo método de desbridamiento para una HC de iguales características, sin querer decir con esto que los diferentes procedimientos no sean satisfactorios para el objetivo final de cicatrización.

OBJETIVOS

Determinar cual o cuales son las mejores técnicas de desbridamiento en función del tipo de HC y de las características del tejido no viable.

Conocer los aspectos éticos y legales que afectan a profesionales de enfermería en cuanto a este tipo de heridas.

METODOLOGÍA

Los descriptores utilizados en las bases de datos para la búsqueda bibliográfica fueron “desbridamiento”, “heridas crónicas”, “úlceras por presión”, “úlceras venosas”, “úlceras arteriales” y “pie diabético”.

En la búsqueda encontré artículos que finalmente no seleccioné como válidos, ya que eran anteriores al año 2003 o se quedaban anticuados en cuanto a la técnica de desbridamiento.

En la tabla 1 se muestra la relación de bases de datos para enfermería consultadas y los artículos seleccionados de cada base de datos, con los autores de dichos artículos, y en la 2 aparecen los libros y revistas científicas o manuales utilizados en formato de papel.

Tabla: Bases de datos y artículos seleccionados.

BASES DE DATOS	ARTICULOS	AUTORES/AÑO
Dialnet Unirioja	Recomendaciones para el tratamiento local de las úlceras cutáneas crónicas	Servicio madrileño de salud. 2010
	Desbridamiento de úlceras por presión y otras heridas crónicas	J Rueda López, F Martínez Cuervo, J Verdú Soriano, F García Fernández, P Pancorbo Hidalgo, E Santamaría Andrés, J J Soldevilla Agreda. 2005
	Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas	Consejería de sanidad de la comunidad Valenciana. 2012
Google académico	Cirugía menor: Desarrollo de nuevas competencias enfermeras.	Consejería de sanidad Andalucía. 2012
	Úlceras por presión y HC	P Hernández Vidal, C Marín, J

		Clement Imbernón, Mª R Moñinos Giner, A Pérez Baldo. 2007
	Manual práctico de cirugía menor	Batalla Sales M, Beneyto Castello F, Ortiz Díaz F. 2012
	Protocolo de prevención y tratamiento de las úlceras por presión en la unidad de cuidados intensivos del hospital general HHUUVR	J Carballo Caro, W Clemente Delicado, C Martín Castaño, K López Benítez. 2010
Gneapp	Desbridamiento de úlceras por presión y otras heridas crónicas	FP García Fernández, F Martínez Cuervo, P Pancorvo hidalgo, J Rueda López, E Santamaría Andrés, JJ Soldevilla Agreda. 2005
	Aspectos legales relacionados con las UPP	JJ Soldevilla Agreda, S Navarro Rodríguez. 2006
	Recomendaciones sobre la utilización de antisépticos en el cuidado de heridas crónicas.	J Blasco Blasco, C Blasco García, F García González, M Gago Fornels, E Perdomo Pérez, J Verdú Soriano. 2003
	Úlceras por presión en gerontología	JJ Soldevilla Ágreda. 2007
	Manejo del tejido desvitalizado en heridas crónicas: El desbridamiento cortante	T Segovia Gómez. 2010
	Descripción de una nueva combinación de técnicas para el desbridamiento de heridas crónicas	A Erasto Villar Rojas, AR Villar Martínez, M Díaz Mateos. 2010
	Limpieza y desbridamiento de heridas.	M Gago, F García, P López. 2011
	Clorhexidina: Consideraciones útiles para nuestra práctica clínica.	JM Llovera Colom. 2008
	Manual de prevención y cuidados locales de heridas crónicas	R Cacicedo González, F Cossio Gómez, M Gómez España, A Gómez Fernández, M Solís Narváez. 2011
	Prevención y tratamiento de heridas crónicas.	Sánchez Llorente MM, Bónias López J, Jaén Gonariz Y, López Casanova P, Biel Navarro N. 2008
Scielo	Manual de Heridas Crónicas	G Blanch, M Camps, C De la Fuente, I Doncel, A Pérez, I Román, I Santolaria, T Bonet, D Verd, L Vich, N Yepes. 2006
	Uso eficiente de últimas tecnologías en úlceras del pie diabético	E García Morales, JL Lázaro Martínez, Y García Álvarez. 2012

(Tabla nº 1)

Tabla: Libros y revistas científicas

LIBROS/REVISTAS CIENTÍFICAS	AUTORES/AÑO
Curas con láser infrarrojo	M J. Quintero Velo, F Muprespa Huelva, M Conde Quintero, A Vivas Pérez. 2012
Heridas crónicas: Un abordaje integral.	Allué Gracia MA, Ballabriga Escuer MS, Clerencia Sierra M, Gallego Domeque L, García Espot A, Moya Porté MT. 2012

(Tabla nº 2)

DESARROLLO

Los tejidos que se deben desbridar en las HC son los tejidos necróticos. Estos tejidos están formados por células muertas o detritus celulares, secreciones derivadas del proceso inflamatorio y los gérmenes que la colonizan. Con la eliminación del tejido necrótico se suprime el tejido no vascularizado, las bacterias y las células (carga celular), obteniendo el medio ideal que favorece la granulación o formación de tejido sano. (19) Según el artículo "Desbridamiento de úlceras por presión y otras heridas crónicas" (2) también entrarían dentro de tejido desvitalizado los exudados, contenidos serosos o purulentos y cuerpos extraños presentes en la herida.

Tejido necrótico negro o escara: Placa de color negro o color parduzco, de textura seca que aumenta en dureza conforme se va desecando. Está compuesta por proteínas como colágeno, elastina y fibrina, además de varios tipos de células, detritus celulares y cuerpos bacterianos.(2) (19)



(Fotografía nº 1)

Tejido necrótico amarillo o esfacelos: Composición similar al anterior pero con más cantidad de fibrina y humedad. Color amarillo-verdoso o blanco-grisáceo, blando, flexible y adherido al lecho. Son difíciles de retirar por su consistencia blanda. (2) (19)



(Fotografía nº 2)

Se pueden observar en una misma lesión ambos tejidos, incluso zonas con tejido necrótico y zonas con tejido de granulación.

TIPOS DE DESBRIDAMIENTO

1 Desbridamiento autolítico:

Consiste en favorecer el desbridamiento fisiológico que se produce en todas las heridas. Los fagocitos, junto a macrófagos y enzimas proteolíticas, licuan y separan los tejidos necróticos, estimulando la granulación del tejido. Los hidrogeles aportan la hidratación necesaria para que el tejido desvitalizado se someta al proceso fisiológico de desbridamiento. (3)

Indicación:

Es un método de elección cuando no pueden ser utilizadas otras fórmulas y muy favorecedor en combinación con desbridamiento cortante y enzimático. (3)

2 Desbridamiento Quirúrgico:

Es la extirpación completa del tejido necrótico y desvitalizado en quirófano.(19)

Indicación:

Escaras gruesas, muy adheridas al tejido subyacente, tejido desvitalizado de lesiones extensas, profundas, muy exudativas, de localizaciones especiales y con signos de celulitis o sepsis. En osteomielitis del pie diabético y fascitis plantar. (19)

3 Desbridamiento cortante:

Se trata básicamente de una eliminación en condiciones de esterilidad del material no viable presente en la úlcera. (2) (11)

Esta técnica debe realizarse bajo anestesia local que permita la retirada del tejido sin dolor. El anestésico más utilizado en el desbridamiento es el gel de lidocaína y prolicaina (crema anestésica compuesta por lidocaína 25 mg/g y prolicaina 25 mg/g).(2) Para que la analgesia haga efecto se debe aplicar el gel anestésico sobre el lecho y paredes de la lesión y cubrir con un apósito. Se han notificado al Sistema Español de Farmacovigilancia 11 casos de metahemoglobinemia en pacientes que se administró gel de lidocaína y prolicaina sobre superficies extensas. En los casos notificados se describen cuadros de sensación de mareo con cefalea pulsátil, cianosis central y periférica de aparición súbita, 1 o 2 horas después del uso del anestésico. (20)

Los profesionales sanitarios que la prescriban o dispensen la crema anestésica deberán (20):

No utilizar una dosis superior a los 60 gramos de producto (2 tubos).

Aplicarla en un área máxima de 600 cm² (30 x 20 cm),

Aplicarla 1 hora antes de la intervención y un máximo de 5 h.

En el desbridamiento cortante, son poco comunes las hemorragias que no puedan ser controladas *in situ*. Hay que vigilar los signos de sangrado significativo durante las primeras 24 horas. En el caso de que se utilicen apósitos de alginato como hemostáticos se deberán cambiar transcurridas 24 horas. (11) (6)

El desbridamiento cortante está contraindicado en pacientes con cuagulopatías, o que estén tomando anticoagulantes, en zonas de radiodermatitis y en pacientes terminales. En las UPP en talones que presentan una necrosis seca (escara) sin edema, eritema, fluctuación o drenaje, no es necesario su desbridamiento inmediato. Debe someterse a vigilancia continua. Si aparecen los signos descritos se debe iniciar el desbridamiento. Esta es una excepción a la recomendación de que toda escara deber ser desbridada.(19)

En el desbridamiento del tejido esfacelado se evitará arrancar el tejido ya que existe riesgo de lesionar el tejido sano subyacente. Para evitar las bacteriemias durante el desbridamiento es fundamental la aplicación de antiséptico antes y después del desbridamiento. El uso de antisépticos en las curas de heridas crónicas

no está evidenciado científicamente y puede ser citotóxico. Solo está indicado cuando se vaya a realizar un desbridamiento cortante. (9)

El antiséptico recomendado en el desbridamiento cortante es la clorhexidina (biguanida catiónica activa), ya que como muestra la tabla nº 3 realizada a partir de (14) es el antiséptico de mayor espectro y de menos complicaciones. Hay que tener en cuenta en el momento de elegir un antiséptico la posible interacción o inactivación de sustancias anestésicas tópicas como la lidocaína, que se emplean para disminuir el dolor durante el proceso de desbridamiento cortante. (14)

Tabla: Antisépticos y sus características

Antiséptico	Espectro	Inicio	Efecto residual	Acción frente a materia orgánica	Seguridad	Toxicidad	Contraindicaciones
Alcohol 70%	Gram+ Gram- Virus	2 min	nulo	inactivo	Inflamable	Irritante	Heridas abiertas
Clorhexidina	Gram+ Gram- Esporas Hongos Vírus	15-30seg	6 horas	activo	A concentraciones mayores al 4% daña el tejido.	No tóxico	No se han descrito
Povidona yodada	Gram+ gram-hongos virus	3 minutos	3 horas	inactivo	Retrasa el crecimiento de tejido de granulación	Irritación cutánea, absorción sistémica	Embarazo, recién nacidos, lactantes, personas alteraciones tiroides
Per-oxido de hidrógeno	Gram+ Gram- Virus	Inmediato	nulo	inactivo	Inactivo en presencia de aire y luz	Irritante en mucosas	Peligro de lesionar tejidos en cavidades cerradas. Riesgo de embolia gaseosa

(Tabla nº 3)

Existen diferentes técnicas en el desbridamiento cortante:

Técnica Cover: Se comienza por los bordes y se retira en forma de "tapa" o "cubierta". Es útil en zonas necróticas que se despegan fácilmente del lecho al que están adheridas. (3)

Técnica Slice: Es el procedimiento más utilizado. Se comienza eliminando tejido desde el centro hasta liberar uno de los bordes. (3)

Técnica de Square: En la placa necrótica se realizan varios cortes de unos 0,5 cm de espesor, en forma de rejilla, para posteriormente utilizar métodos enzimáticos o autolíticos. (3)

Indicación:

Está indicado ante tejido necrótico seco o con exudado abundante, desvitalizado o zonas hiperqueratósicas, con sospecha de elevada carga bacteriana o signos clínicos de infección o celulitis. En escaras gruesas muy adherentes, en HC profundas, extensas, en aquellas con signos de celulitis o sepsis y en las callosidades de las úlceras neuropáticas del pie diabético. (1) (11)

4 Desbridamiento enzimático:

Este tipo de desbridamiento consiste en la aplicación local de enzimas exógenas:

- Colagenasa: Enzima de origen bacteriano (*Clostridium histolyticum*). Esta enzima rompe los puentes de las fibras de colágeno además de estimular la síntesis del tejido de granulación. Es la más utilizada.
- Fibrinolisinás: Uroquinasa, estreptoquinasa. Degradan proteínas y movilizan factores de crecimiento de la matriz extracelular.

- Tripsina-Quimiotripsina: Se trata de enzimas proteolíticas. Permiten combinarse con la colagenasa.
- Papaina-urea: Desnaturaliza las proteínas. El inconveniente es que provoca dolor al aplicarla.(5)

Estas enzimas actúan de manera sinérgica con las enzimas endógenas, eliminando la fibrina, el colágeno desnaturalizado y la elastina. Se recomienda aumentar el nivel de humedad en la herida para potenciar su acción y proteger la piel periulceral con pasta de óxido de zinc o películas barrera, para evitar la maceración de la piel periulceral. (19)

Indicación:

Cuando esté contraindicado el desbridamiento cortante. Utilización conjunta con desbridamiento cortante y/o autolítico. (19)

5 Desbridamiento químico:

Consiste en la aplicación de unos agentes químicos que degradan los tejidos desvitalizados. Estos agentes son los dextranómeros, cadexómeros yodados y peróxido de hidrógeno (Agua oxigenada) la cual no debe administrarse nunca sobre tejido de granulación.

El cadexómero yodado es el producto que contiene yodo (Antiséptico). Según el artículo consultado “Recomendaciones sobre la utilización de antisépticos en el cuidado de heridas crónicas” (9) no está evidenciado científicamente el beneficio del uso de antisépticos en las curas de heridas crónicas porque puede resultar citotóxico. El tratamiento con cadexómeros yodados está contraindicado en pacientes con alergia al yodo, patología tiroidea, insuficiencia renal, embarazo y lactancia. Dentro de lo que podríamos considerar también como desbridamiento químico, existen algunos productos con capacidad de limpieza y descontaminación de la superficie de la herida. Estos productos están compuestos de agua purificada junto a 0,1% de undecilenamidopropil betaina y 0,1% de polihexanida (prontosan®). (13)

Indicación: Las mismas que para el desbridamiento enzimático. (13)

6 Desbridamiento osmótico:

Se produce a través del intercambio de fluidos de distinta densidad, mediante la aplicación de soluciones hiperosmolares o de apóritos de poliacrilato activados con soluciones hiperosmolares. Es un método selectivo, aunque su principal inconveniente es que requiere cambios de apósito cada 12-24 horas. (16)

7 Desbridamiento mecánico:

En este grupo se incluyen métodos en desuso como la irrigación continua a presión, el baño de remolino y el frotamiento del lecho ulcerado. (16)

8 Desbridamiento larval:

En esta terapia se utilizan larvas estériles de una mosca llamada Lucilia Sericata criadas en laboratorio. Estas larvas producen enzimas que eliminan el tejido no viable.

Indicación: Ante HC muy cavitadas en las que es muy difícil el tratamiento quirúrgico o cortante. (2) (19)

Tabla: Ventajas e inconvenientes de los diferentes tipos de desbridamiento.

TIPO DESBRIDAMIENTO	VENTAJAS	DESVENTAJAS
Autolítico	Es el método más selectivo, atraumático y menos doloroso	Es el más lento en el tiempo. Puede provocar maceración de la piel perilesional
Quirúrgico	Completado en una sesión. Es el método más rápido.	Es poco selectivo. Alto coste económico.
Cortante	Método rápido de desbridamiento. Reducción de la carga bacteriana. Más selectivo que el quirúrgico.	Dolor en la técnica. Riesgo de sangrado. Posibilidad de introducir bacterias en tejidos profundos. Estrés para el paciente.
Enzimático	No produce dolor. Es selectivo.	Menos rápido que el cortante
Químico	Previene las infecciones del lecho de la herida	Contraindicada en pacientes con alergia al yodo, patología tiroidea, insuficiencia renal, embarazo y lactancia.
Osmótico	Método selectivo.	Requiere cambio de apósito cada 12-24 horas.
Mecánico	No se observan	Traumática y no selectiva
Larval	No tiene efectos secundarios, ni alergias. Reduce la carga bacteriana.	Aversión al tratamiento

(Tabla nº 4)

Nuevas técnicas de desbridamiento:

9 Nueva técnica de desbridamiento sugerida por la Unidad Integral de UPP y HC “Unidad de Telecuidados” del Hospital Virgen Macarena de Sevilla:

Se trata de una técnica expuesta por un grupo de enfermeros de la unidad integral de UPP y HC del hospital Virgen macarena de Sevilla.

La nueva técnica consiste en la combinación de un apósito de hidrofibra de hidrocoloide con plata iónica (Aquacel® Ag), impregnado de una solución tópica de polihexanida y betaína (Prontosan®). En los resultados observaron una mayor rapidez en la eliminación de tejido esfacelar y una evolución más rápida hacia la cicatrización que otros tipos de técnicas desbridantes. Los autores sugieren que esta mejor evolución podría explicarse por la reducción en la carga bacteriana, así como un posible efecto sinérgico de la combinación de ambos productos. Recomiendan este tipo de técnica tras desbridamiento cortante de parte del tejido necrótico y esfacelar que pudiera ser retirado sin complicaciones. Sugieren su utilización para HC con elevada cantidad de tejido desvitalizado, que requiera de un desbridamiento rápido y poco agresivo, así como en aquellos pacientes con lesiones cavitadas y de difícil acceso para el profesional. (12)

10 Desbridamiento por Hidrosección:

Se trata de una variante de desbridamiento quirúrgico. Para este tipo de desbridamiento es necesario un sistema de hidrosección para cirugía a través de la combinación de irrigación a alta presión y aspiración (Versajet®). (18)

El sistema de hidrosección proyecta a alta velocidad un chorro de solución salina estéril, creando un vacío localizado, que permite cortar piel, músculo y cartílago e irrigar la zona a la vez. (18)

Indicación:

Ulceras por decúbito, úlceras venosas, úlceras diabéticas heridas agudas y traumáticas y quemaduras sin escara. En quemaduras de 2º y 3er grado una vez eliminada la escara por desbridamiento cortante se debe utilizar el sistema de hidosección para retirar el tejido necrótico subyacente. (18)

Este tipo de desbridamiento esta contraindicado en escaras por quemaduras y ante grandes cantidades de tejido necrótico. (18)



(Fotografía nº 3)

11 Desbridamiento por ultrasonidos:

Se trata de una alternativa al desbridamiento quirúrgico o cortante. Para este tipo de tratamiento es necesario un asistente de ultrasonidos. Durante el procedimiento el asistente ultrasónico emite una frecuencia baja de ultrasonidos junto con una solución para el tratamiento de heridas lo que produce una eliminación de tejido desvitalizado y bacterias produciendo además una reducción del dolor. La solución líquida es aplicada por la misma sonda que emite los ultrasonidos. (18)



(Fotografía nº 4)

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

Desde los años 60 hasta la fecha se ha producido un incremento en las denuncias por negligencias médicas en nuestro país, por lo que es importante tener nociones de cómo debemos actuar frente a este tipo de patología y de los tratamientos que vamos a aplicar. Últimamente ha habido un incremento en el número de problemas legales relacionados con las HC, en particular con las UPP, ya que se ha instalado en la población el concepto verídico de que las UPP se pueden prevenir (Un 95% de los casos de UPP se pueden evitar según estudios realizados por Hibbs en 1987 y Waterlow en 1996). (8)

Tanto en EE.UU. como en el Reino Unido la mejor defensa en casos abiertos contra profesionales de enfermería ante estas denuncias pasa por la utilización en sus intervenciones de registros, que se introducen en la historia clínica, ya que supone la pieza más importante de la prueba en un caso de mala praxis de los profesionales sanitarios. El consentimiento informado por tanto es una herramienta para determinar si se han seguido los procedimientos recomendados. (8)

Es conveniente saber que el desbridamiento cortante, realizado por enfermería se encuadra dentro de la cirugía menor. Los antecedentes históricos que apoyan la cirugía menor ambulatoria desde el campo de conocimiento de la enfermería son numerosos, existiendo un consenso unánime entre investigadores e historiadores de nuestra profesión sobre el hecho de que la cirugía menor ha sido siempre competencia profesional directa de los practicantes españoles. El marco legal, que avala esta práctica por parte de enfermería se encuentra en la orden del ministerio de la gobernación de 26 de noviembre de 1945, por la que se habilita a los practicantes a realizar bajo las indicaciones o vigilancia médica el ejercicio de la cirugía menor, no habiendo sido derogadas estas funciones por las modificaciones posteriores de la titulación (ATS, DUE y graduados en enfermería). También recoge esta función el Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud (4) (7)

CONCLUSIONES

Tras haber realizado una valoración del paciente y haber descartado las posibles contraindicaciones, el desbridamiento de primera elección es el desbridamiento cortante, combinado con el autolítico (Hidrogel) y el enzimático si no se puede realizar en una sesión. Si existen contraindicaciones la mejor opción es realizar un desbridamiento enzimático combinado con el autolítico. (2,19)

Antes de iniciar el desbridamiento cortante se debe aplicar clorhexidina además de una crema anestésica que contenga lidocaína y prilocaina. (19) No se han encontrado evidencias científicas sobre el uso de otro tipo de anestesia local para la cura de HC por parte de enfermería, por lo que sería adecuado un estudio sobre el uso de otro tipo de anestesia local para una optimización en los cuidados de las HC.

Según algunos autores (9) el uso continuo de antisépticos, como el yodo en las curas de heridas crónicas puede ser citotóxico, por lo que sería positivo un estudio sobre las consecuencias del uso diario del cadexómero yodado en este tipo de lesiones en relación a otros métodos de desbridamiento.

Villar Rojas E, Villar Martínez AR, Díaz Mateos M recomiendan el uso de una nueva técnica de desbridamiento (12) por lo que sería recomendable realizar un estudio de investigación de esta técnica sobre una muestra más elevada, para determinar los beneficios de esta técnica en relación a las ya existentes.

Para finalizar sería recomendable el uso de registros y consentimientos informados como medio para evitar problemas legales así como mala praxis por parte del personal sanitario.

A mi madre

A Alba

Ambas creyentes e impulsores de este proyecto.

MI AGRADECIMIENTO

A mi tutora del trabajo fin de grado D.^a M^a Concepción Rubio Soriano por su dedicación y guía.

A todo el claustro de profesores de la Escuela Universitaria de Enfermería de Huesca por su dedicación en la formación enfermera.

A todos los profesionales de la salud que han dedicado un minuto de su conocimiento en ofrecérmelo.

A mis padres, abuelos, familiares y amigos que han creído en mí.

Gracias.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Servicio Madrileño de Salud. Recomendaciones para el tratamiento local de las úlceras cutáneas crónicas de la Comunidad de Madrid. Madrid: Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad; 2010.
- 2 Rueda López J, Martínez Cuervo F, Verdú Soriano J, García Fernández F, Pancorbo Hidalgo P, Santamaría Andrés E, Soldevilla Agreda JJ. Desbridamiento de úlceras por presión y otras heridas crónicas. Segovia: Gneapp; 2005. Documento técnico nº 9.
- 3 Consejería de sanidad de la comunidad Valenciana. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. Valencia: Comunidad Valenciana. Consejería de sanidad; 2012
- 4 Consejería de sanidad de Andalucía. Cirugía menor: Desarrollo de nuevas competencias enfermeras. Sevilla: Andalucía. Consejería de sanidad; 2012.
- 5 Hernández Vidal P, Marín C, Clement Imbernón J, Moñinos Giner MR, Pérez Baldo A. Úlceras por presión y heridas crónicas. Valencia: Departamento de Salud de la Marina Baixa; 2007. Documento de trabajo: 1.
- 6 . Batalla Sales M, Beneyto Castello F, Ortiz Diaz F. Manual práctico de cirugía menor. Valencia: ObrapropiaSL; 2012
- 7 Carballo Caro J, Clemente Delicado W, Martín Castaño C, López Benítez K. Protocolo de prevención y tratamiento de las úlceras por presión en la unidad de cuidados intensivos del hospital general Virgen del Rocío. Sevilla: Hospital Universitario Virgen del Rocío; 2010. Protocolo de actuación.
- 8 Soldevilla Agreda JJ, Navarro Rodríguez S. Aspectos legales relacionados con las UPP. Gerokomos. 2006; 17 (4): 203-224
- 9 Blasco Blasco J, Blasco García C, García Gonzalez F, Gago Fornels M, Perdomo Pérez E, Verdú Soriano J. Recomendaciones sobre la utilización de antisépticos en el cuidado de heridas crónicas. Santander: Gneapp; 2003. Documento técnico nº 8.

- 10 Soldevilla Agreda JJ. Úlceras por presión en gerontología [Tesis doctoral]. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela; 2007.
- 11 Segovia Gómez T. Manejo del tejido desvitalizado en heridas crónicas: El desbridamiento cortante. *Todoheridas*. 2010; 1(2): 30-32
- 12 Villar Rojas E, Villar Martínez AR, Díaz Mateos M. Descripción de una nueva combinación de técnicas para el desbridamiento de heridas crónicas. *Gerokomos*. 2010; 21 (1): 44-47
- 13 Gago M, García F, López P. Limpieza y desbridamiento de heridas. Cuenca: Gneaupp; 2011. Documento técnico
- 14 Llovera Colom JM. Clorhexidina, un antiséptico de nuestros tiempos: Consideraciones útiles para nuestra práctica clínica. *Rev Mg*. 2008; 104 (3): 95-103
- 15 Cacicero Gonzalez R, Cossio Gómez F, Gómez España M, Gómez Fernandez A, Solis Narvaez M. Manual de prevención y cuidados locales de heridas crónicas. Santander: Servicio Cantabro de Salud; 2011. Documento técnico 1º
- 16 Sánchez Llorente MM, Bónias López J, Jaén Gonariz Y, López Casanova P, Biel Navarro N. Guía de práctica clínica: Prevención y tratamiento de heridas crónicas. 1ª ed. Valencia; 2008
- 17 Blanch G, Camps M, De la Fuente C, Doncel I, Pérez A, Román I, Santolaria I, Bonet T, Verd D, Vich L, Yepes N. Manual de Heridas Crónicas. Mallorca: Complejo hospitalario Gesma; 2006. Documento técnico.
- 18 VIII Simposio nacional de úlceras por presión y heridas crónicas. Santiago de Compostela; 10-12 noviembre de 2010. Santiago de Compostela: Gneaupp; 2012.
- 19 Allué Gracia MA, Ballabriga Escuer MS, Clerencia Sierra M, Gallego Domeque L, García Espot A, Moya Porté MT. Heridas crónicas: Un abordaje integral. 1era ed. Huesca: Colegio de enfermería de Huesca; 2012.

20 AEMPS. Posibles efectos adversos del uso de EMLA® [sede Web]. Madrid: AEMPS; 15 de junio de 2012 [actualizada el 16 de enero de 2013; acceso: 05 de febrero de 2013]. Disponible en: www.aemps.gob.es

Bibliografía consultada:

Gobierno de Chile. Desbridamiento y manejo de heridas crónicas. Santiago de Chile: División de salud de las personas; 2006

Ley por la que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. Real decreto 1277/2003 de 10 de octubre. Boletín Oficial del Estado, nº 254 (23-10-2003)

