

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
“DR. AGOSTINHO NETO”
GUANTANAMO

¿POR QUE LAS ESCARAS?

*Dr. Roberto Atala Castellanos¹ , Dr. Roberto Alvarez Domínguez¹,
Dr. José Pascual García² .*

INTRODUCCION

Habitualmente se piensa que una úlcera de decúbito sólo debe aparecer en enfermos con trastornos tróficos muy intensos; sería perfectamente comprensible esta situación en las afecciones del sistema nervioso, tanto central como periférico, que afecten la información centrípeta, o que el enfermo tenga trastornada su conciencia, lo que impida su automovilización en el lecho o en su silla de ruedas; pero esto no siempre es así. ¿Por qué un paciente con fractura de cadera presenta úlceras de decúbito?, pues en este enfermo no tienen por qué coincidir lesiones del sistema nervioso; sin embargo, no es infrecuente que encontremos esta situación cuya solución resulta muy difícil, a veces imposible, y el paciente fallece poco tiempo después.

Generalmente, las fracturas de cadera ocurren en ancianos cuyo deterioro intelectual los hace aceptar fácilmente su invalidez; habitualmente antes de la fractura ya estos ancianos presentan estigmas muy propios de la senectud, como la abulia, la tendencia a la inactividad, poca participación social, así como estancias prolongadas en un sillón o en la cama donde dormitando pasan la mayor parte del tiempo, hasta que se acuerdan de él porque hay que comer o bañarse. ¿Qué sucede entonces cuando este anciano se fractura la cadera? Comienza el gran problema, pues resulta más cómodo que el viejo esté tranquilo en un lugar para que los demás puedan hacer sus quehaceres; esto lleva implícito que la otra extremidad inferior que no está fracturada, al no ser utilizada en forma adecuada, se debilita y se

¹ *Especialista de I Grado en Ortopedia y Traumatología*

² *Especialista de I Grado en Medicina Física y Rehabilitación*

haga incompetente para sostener el cuerpo del anciano, lo que crea un círculo vicioso: "No se para, se debilita, se debilita, no se para"; por tanto, termina postrado, con rigideces articulares y, como resultado de lo prolongado de una posición, se comprimen las partes blandas que recubren la región sacra, trocánter mayor del fémur e isquión.

El anciano, como parte de su proceso involutivo normal, presenta disminución del tono y trofismo de su sistema osteomioarticular, lo que explica que un tejido que hasta ese momento no era insensible comience a serlo por isquemia de decúbito prolongado, punto de partida para la futura escara, y luego úlcera de decúbito.

ANATOMIA DE LA PIEL

La piel, como pared externa del organismo, defensora de alteraciones químicas, físicas y bacterianas mediante reacciones bioquímicas y fisiológicas, mantiene el medio interior del organismo, apoyada en sus tres capas constitutivas, una, superior externa, epidermis, otra, intermedia, la dermis y la interna o profunda, hipodermis; anexadas a ellas se hallan los folículos pilosos, las glándulas sudoríparas y sebáceas, los vasos sanguíneos, arterias y venas, linfáticos y

terminaciones nerviosas, dadas por corpúsculos sensoriales, y las uñas.

Su irrigación sanguínea depende de la existencia de dos arcos arteriales situados, el primero, en la unión dermoepidérmica, formada por arterias de mediano calibre provenientes de la circulación profunda con vasos rectos perpendiculares a la epidermis que forman el arco arterial superficial. De éste parten pequeñas arteriolas capilares que al nivel del vértice de la papila dérmica originan el sistema venoso de retorno, el cual desemboca finalmente en la circulación venosa profunda.

El segundo arco se halla situado a nivel de la dermis. Su inervación se realiza por múltiples terminaciones nerviosas que penetran en el tejido celular subcutáneo y corren paralelas a la superficie cutánea, acompañado de receptores dérmicos.

FISIOLOGIA DE LA PIEL

Cada persona nace con el tipo de piel que lo acompañará durante toda la vida, determinado por factores genéticos hereditarios familiares o raciales, que responden de determinada forma ante los diferentes estímulos a que se halla expuesta.

FUNCIONES DE LA PIEL

1. Aislamiento de las estructuras corporales del medio exterior.
2. Protección de las estructuras corporales contra las agresiones externas de origen físico, químico o biológico.
3. Participa en la regulación de la temperatura y de la producción de anticuerpos.
4. Participa en el metabolismo de determinadas sustancias, como el ergosterol, que se transforma en vitamina D por la acción de la luz solar.
5. Eliminación sudoral y sebácea, que mantiene húmeda y elástica la superficie cutánea.

Las escaras y las úlceras de decúbito son tan antiguas como el surgimiento de la medicina; constituía una lesión típica del parapléjico o cuadripléjico. Como teoría de su surgimiento se plantean:

- Falta del aporte sanguíneo
- Déficit alimentario
- Como resultado de destrucciones nerviosas
- Otros la relacionan en la existencia de presión y otras enfermedades asociadas.

Aparecen en pacientes débiles que requieren de un encamamiento prolongado, durante el cual no se

prevén todas estas condiciones anteriormente expuestas. ¿Es posible la realización de la profilaxis?

En nuestras manos está la aplicación de un tratamiento general y local adecuado, la indicación de un tratamiento dietético rico en proteínas, la movilización precoz de todos los pacientes, independientemente de la edad y la enfermedad de base, así como el cumplimiento de las medidas higiénico-sanitarias.

PATOGENIA

Partiendo de la presión sostenida sobre el tejido y la existencia de causas accesorias (isquemia local), provocan una pérdida de sustancia de los tegumentos, piel y tejido celular subcutáneo. Unido a ello está la inmovilidad de los pacientes en períodos prolongados sobre zonas anatómicas prominentes. Son las más frecuentes las trocantéricas, isquiáticas, sacras y calcáneas, con afectación de la sensibilidad cutánea, la fricción de las partes blandas, la hipoproteïnemia. Son estos elementos los fundamentales como factores patogénicos más directamente responsables en el origen de las escaras y las úlceras de decúbito.

ANATOMIA PATOLOGICA

Puede resumirse de la forma siguiente:

1. Isquemia por compresión.
2. Endarteritis local y progresiva.
3. Necrosis profunda responsable de la formación de una escara.
4. Úlcera acompañada de una infección secundaria.
5. Presencia de tejido de granulación exuberante.
6. Proliferación epitelial.
7. Retracción cicatrizal con ulceración persistente.

El surgimiento de la escara o la ulceración se manifiesta clínicamente en diferentes fases o etapas:

- A. Fase de eritema o flictena.
- B. Fase de necrosis o escara.
- C. Fase de ulceración y granulación
- D. Fase ulcerocicatrizal.

Los síntomas son muy escasos y relacionados con trastornos cutáneos, con sensibilidad muy afectada y con inhibición de las reacciones de defensa normales.

- Dolores siempre raros.
- Presencia de exudado o supuraciones.
- Olor desagradable.
- Hemorragia eventual a partir del tejido de granulación.
- Proceso inflamatorio agudo.
- Síntomas relacionados con el grado variable del deterioro del enfermo postrado.

COMPLICACIONES DE LAS ÚLCERAS

Son muchas y variadas, dadas unas por la propia pérdida de los tegumentos; otras, dependen de su localización; las más frecuentes son:

1. Infecciones de partes blandas en forma de celulitis o abscesos.
2. Procesos infecciosos óseos.
3. Cuadros artríticos.
4. Luxaciones y fracturas.
5. Tromboflebitis.

Cómo prevenir las úlceras de presión.

Además de un equipo médico y de enfermeras permanentemente atentas y conscientes de sus responsabilidades, enfrascados en una lucha constante por evitar la presión continuada, se recomienda:

1. Cambios periódicos de posición del enfermo en un período de tiempo no mayor de dos horas.
2. Vigilancia de la zona cutánea de apoyo diariamente, con aseo de la zona y aplicación de masaje.
3. Reducción de la presión local con almohadones y colchones especiales.
4. Vigilancia y control de la nutrición del enfermo.

TRATAMIENTO

Existen dos tipos básicos de tratamiento: el conservador,

basado en la aplicación de medicamentos y en la cicatrización espontánea, y el tratamiento quirúrgico, el cual persigue como objetivo:

1. Reconstruir las pérdidas de sustancias más o menos extensas.
2. Eliminar las superficies óseas causantes de la compresión.
3. Dar un almohadillado de tejidos blandos y de piel para crear una zona resistente a futuras compresiones.

Para la aplicación de este tratamiento se requieren medidas preoperatorias, que consisten en:

1. Disciplinar al enfermo y a los familiares.
2. Realizar frecuentes curas (dos veces al día).
3. Procurar una buena higiene cutánea.
4. Régimen dietético rico en vitaminas y proteínas.
5. Antibioticoterapia dos o tres días previos a la intervención propuesta.

TECNICAS OPERATORIAS.

Son varios los colgajos cutáneos a realizar, en dependencia de su extensión, localización y la calidad de la piel circundante a la úlcera:

1. Colgajo de deslizamiento, para úlceras pequeñas.

2. Colgajo de rotación simple, para úlceras sacras.
3. Colgajo doble de rotación, para úlceras sacras.
4. Colgajo o transposición, para úlceras trocantéricas.
5. Colgajo bipediculado de transposiciones, para úlceras trocantéricas y sacras.
6. Grandes colgajos de rotación-transposición del muslo, para úlceras isquiáticas y trocantéricas.
7. Colgajos biológicos neurovasculares.

CUIDADOS POSOPERATORIOS.

1. Aplicación de apósitos bien almohadillados con una presión ligeramente comprensiva, preferentemente con una venda elástica.
2. Cambiar de posición al enfermo, rigurosamente cada dos horas, y en un colchón especial.
3. La higiene cutánea debe ser cuidadosa y disciplinada.
4. Uso de antibióticos de acuerdo con su antibiograma.
5. Alimentación rica en proteínas y vitaminas.
6. Institución precoz del tratamiento complementario rehabilitatorio.

COMPLICACIONES POSOPERATORIAS.

Las más frecuentes son:

1. Hematoma o seroma
2. Infecciones

3. Dehiscencia de la sutura.
4. Presencia de fístulas.

Formas especiales de úlceras de presión:

Las que se ven con una evolución rápida en los pacientes que presentan coma tóxico y surgen en cualquier punto del revestimiento cutáneo aun sin relieve óseo, que desencadenan una necrosis masiva. Otras de las úlceras de presión son las provocadas por los aparatos enyesados a nivel de una prominencia ósea.

Nuestra exposición no pretende abarcar todo lo existente actualmente acerca de la úlcera de decúbito, sino simplemente dar una idea general sobre ello; ahora bien, sí queremos destacar que las úlceras puedan prevenirse en la mayor parte de los casos y su verdadero tratamiento es el preventivo, pues una vez que aparezca, por la causa que sea, la cura de esta afección, aunque no imposible, es muy difícil y compleja, lo que entorpece la evolución de las enfermedades que concomiten con ella, y siempre ensombrece el pronóstico.

BIBLIOGRAFIA

1. Baptista Fernández, AM. Boleo-Tome J, Duarte Cardoza A. Úlceras de presión En: Coiffman F. Texto de Cirugía Plástica, Reconstrucción y Estética. T 2 Ciudad de la Habana: Editorial Científico-Técnica, (Edición Revolucionaria) 1986 :1278-86.).
2. Coiffman F. Anatomía de la piel. En: Texto de Cirugía Plástica, Reconstrucción y Estética. T 1 Ciudad de la Habana: Editorial Científico-Técnica, (Edición Revolucionaria). 1986:18-25.
3. Goldbke H. Cirugía Plástica y Reconstructiva. Madrid: Toray, S.A., 1966; T 1: 1, 32.
4. Herald Griffith B. Úlceras pre compresión En: Grabb WC, Smith JW. Cirugía Plástica. T 2 Ciudad de la Habana: Editorial Científico-Técnica, (Edición Revolucionaria) 1986:803-809.
5. Mir y Mir L. Técnicas generales en Cirugía Plástica. T 1 Madrid: Fontalva 1982:71.
6. Mir y Mir L, Bernard Clavina G. Técnicas generales en Cirugía Plástica. Ciudad de la Habana: Editorial Científico-Técnica, (Edición Revolucionaria). 1986:233.
7. Wallace H. Fundamentos de la Cirugía Plástica y Reconstructiva. T 1, EE.UU: Williams-Wilkins 1981:12,79-83.