

Cuando la herida neuroisquémica te sorprende

Segovia Cerro, Belén⁽¹⁾; García Rodrigo, María José⁽¹⁾;

⁽¹⁾ Hospital Universitario La Paz

Breve descripción del caso

El caso es especialmente interesante porque no es el curso habitual que suelen tener las heridas de origen neuroisquémico; por otro lado, la avanzada edad del paciente también condiciona tanto las curas como la toma de decisiones a nivel quirúrgico.

Valoración general y de la lesión

Se trata de un varón de 91 años, con diabetes mellitus tipo 2 de 46 años de evolución tratado con insulínoterapia y, con regular control metabólico en la actualidad (8,5% HbA_{1c}), dislipemia así como HTA, ambas tratadas con fármacos. Presenta hipoacusia.

El paciente tiene apoyo familiar (su hija se encarga de realizar las curas) .

Precisó de amputación transmetatarsiana en junio de 2023 e intentaron realizar angioplastia del MID, la cual fue fallida.

La evolución de la herida desde el inicio no fue buena; presentó necrosis del flap (muñón), con drenado hemático que precisó de curas diarias con povidona yodada líquida así como de antibioterapia VO por sobreinfección. Finalmente, tras retirada de grapas, hizo dehiscencia del muñón y, a partir de este momento, hubo que empezar a realizar curas que derivaron en más complejas debido a la mala evolución.

Intervenciones y actividades

En un inicio se realizó cura seca con povidona yodada líquida para delimitar necrosis y disminuir el riesgo de infección; a pesar de ello, la evolución de la herida no era buena y, cuando 2 meses después se consiguió tener delimitada y seca la herida, en el centro de salud se realizó cura con colagenasa, lo que produjo empeoramiento brusco tanto de la herida como del dolor del paciente, proponiéndose incluso por parte del cirujano vascular la amputación mayor de la extremidad por el alto riesgo de sepsis y dolor.

Se contactó con la enfermera de continuidad asistencial para cerciorarnos de que se aplicaría la cura seca y, tras 2 meses, la herida mejoró, así como disminuyó el dolor del paciente; en este momento se pasó a realizar cura con povidona yodada gel, con el fin de aportar más humedad al lecho y favorecer la cicatrización.

Tras 5 meses de buena evolución y desbridamientos cortantes en las sucesivas consultas, retirando tejido esfacelar, grasa plantar e incluso recortándose el hueso expuesto, la mejoría fue notable y se pasó a realizar curas con apósito de Octosulfato de Sacarosa (Urgostart Plus).

En tan solo 1 mes la herida mejoró muchísimo, reduciendo su tamaño, profundidad y presentando un lecho con mayor tejido de granulación, sin signos de sobreinfección.

Se mantuvo la cura hasta que en algunas zonas comenzó a presentar hipergranulación así como un aumento del exudado que estaba dañando los bordes, lo cual se trató como un signo sutil de infección ; en este momento se pasó a realizar curas con apósito de hidrofibra de hidrocoloide con plata, para disminuir la hipergranulación así como para gestionar más eficazmente el exudado.

Evolución del caso y conclusiones

CONCLUSIONES:

- En el paciente diabético no revascularizable es fundamental la realización adecuada de las curas; no siempre el objetivo es conseguir la epitelización sino que delimitar las lesiones y evitar la sobreinfección se vuelve fundamental al tratar este tipo de heridas.
- La fragilidad del paciente debe ser valorada por los profesionales.
- El control del dolor y el impacto en la calidad de vida del paciente deben ser claves en la toma de decisiones.
- Una adecuada comunicación entre los diferentes niveles asistenciales favorece la continuidad de cuidados y redonda en una mejor atención al paciente.
- Explicar a la familia signos y síntomas de alarma ante los cuales acudir a urgencias es crucial a la hora de evitar complicaciones.



DIAGNÓSTICO Y ABORDAJE DE ÚLCERA MAL PERFORANTE PLANTAR DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

VILLALTA LOPEZ, MARINA⁽¹⁾; Martín Castillo, Daniel⁽¹⁾;

⁽¹⁾ Centro de salud Alhaurín de la Torre. Don José Molina Díaz

Breve descripción del caso

Varón de 59 años, procedente de Reino Unido, acude primera vez en mi consulta en noviembre de 2023.

El paciente padece hipertensión, diabetes tipo 2 (hbA1c 5.1%), anticoagulado por TEP en 2020, fumador, hipertrigliceridemia y esteatohepatitis mixta por enolismo crónico (7.5 UBE), ferropenia leve por pólipos en colon no resecaados y EAP en ambos miembros inferiores por ateromatosis difusa del sistema arterial pendiente de reesvasculizar junto con polineuropatía sensitivo-motora.

Valoración general y de la lesión

A la exploración física, presenta una úlcera con signos de neuropatía diabética. Las dimensiones son de 2 cm de largo x 2.5 de ancho, localizada en zona plantar del miembro inferior izquierdo desde abril de 2023. Los siguientes signos presentes son: bordes socavados y con hiperqueratosis, lecho con tejido de granulación friable, exudado moderado-abundante con coloración verdosa y maloliente.

Intervenciones y actividades

Para el abordaje de esta úlcera mal perforante plantar ha requerido:

- Toma de cultivo mediante hisopo: Confirmación de colonización de *Pseudomona* *Aureginosa* y *Staphylococcus Aureus*, con signos clínicos como el aumento del exudado, mal olor, y coloración verdosa en bordes de la úlcera.
- Tratamiento antibiótico oral: Empleado tras el resultado del antibiograma en la primera toma de cultivo.
- Radiografía: Descartar posible osteomielitis.
- Estudio analítico: Control nutricional-metabólico.
- EPA: Por la complejidad del control de la herida, se solicita interconsulta y seguimiento con enfermero de prácticas avanzadas del distrito.
- ITB: evidencia la estenosis de grado moderado con pulso presente y onda bifásica en pie derecho, con ausencia de pulso y onda monofásica en pie izquierdo afectado.

De forma local, se aplica la siguiente pauta:

1. Desbridamiento: deslaminado de hiperqueratosis en bordes mediante bisturí y curetaje en lecho de la herida, para el desbridamiento de biofilm presente.
2. Limpieza: se emplea en un inicio solución con Prontosan y posteriormente sustituido por una fórmula magistral de ácido acético al 2% para el control local de *Pseudomonas*.
3. Tratamiento local: sobre el lecho, se aplica apósito de malla de ag o cutimed sorbact gel, acompañado de apósito de alginato cálcico, en función de la carga bacteriana y exudado. Hacemos uso de protector de barrera no irritante (Cutimed Protect) en bordes.
4. Descarga: Se aplica fieltro de 10mm (sostenida con venda tubular extensible de algodón) junto con bota ortopédica tipo Walker corta, consiguiendo la reducción de las

dimensiones de la herida.

El procedimiento de esta cura se realizó días alternos (tres días por semana) con una duración media de 30 minutos en cada consulta. Además, para facilitar el seguimiento y evolución de la herida, se hace uso de las escalas Imeupp y la escala Resvech. Por último, para el control de las dimensiones de la herida, se hace uso de app Imitomeasure.

Evolución del caso y conclusiones

La pluripatología del paciente junto con las situaciones personales que han acontecido durante el seguimiento del paciente dificultó la curación de la úlcera, produciendo un retroceso notable en la evolución del herida y pendiente de una cirugía de revascularización en el miembro afectado junto con un control nutricional-metabólico para poder lograr así el proceso de cicatrización con las mismas técnicas avanzadas aplicadas durante el proceso.

Fotografía del caso



Bibliografía

1. Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas (AEEVH). Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético de la asociación española de enfermería vascular y heridas. 3a edición 2017. [consultado el 20 de abril de 2024]. Disponible en: <https://aeevh.org/wp-content/uploads/2020/04/Guia-de-Practica-Clinica-web.pdf>
2. Consejería de Salud y Consumo. Pie diabético: documento de apoyo. Junta de Andalucía. 2023. [consultado el 20 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2024/01/DA_PieDiabetico_FINAL.pdf
3. Ministerio de Sanidad. Abordaje del pie diabético. Estrategia de diabetes del sistema nacional de salud. 2022. [consultado el 20 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/diabetes/docs/Abordaje_del_pie_dia

Amputación Transmetatarsiana en Pie Diabético Infectado y sin Revascularización Efectiva: Abordaje desde una Unidad Multidisciplinar

DE LA FUENTE PRIETO, AIDA⁽¹⁾; Rozado Gutiérrez, Elena Maria⁽¹⁾;

⁽¹⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

Breve descripción del caso

INTRODUCCIÓN:

En las lesiones de pie diabético (PD), cuando la infección se suma a la isquemia crónica grave, la probabilidad de cicatrización es mínima¹, aumentando el riesgo de amputación. En estos casos, la estrategia de tratamiento incluye la revascularización para preservar la extremidad, el control de la infección y la cirugía. La revascularización es crucial en el pie diabético, especialmente en los segmentos distales, que, en el PD, suelen ser los más afectados. El tratamiento dependerá de la localización y grado de obstrucción arterial. El control de la infección es fundamental, ya que las infecciones en el PD. pueden ser de gran complejidad y requerir hospitalización. En presencia de gangrena, destrucción de tejidos, osteomielitis, sospecha de diseminación séptica y falta de respuesta a la antibioterapia, se indica la cirugía².

OBJETIVOS

-Salvamento de la extremidad: conseguir el cierre por segunda intención de un lecho de amputación transmetatarsiana atípica, infección severa y revascularización con resultados subóptimos, sin más posibilidades de revascularización efectiva y riesgo de amputación mayor.

-Mostrar la eficiencia de un tratamiento con pluripatología y de muy alto riesgo vascular.

Valoración general y de la lesión

METODOLOGÍA

Se describe y documenta un caso clínico:

Hombre, 75 años, sin alergias conocidas, exfumador, exbebedor, IMC 27,34 Kg/m², vive en medio urbano, adecuado apoyo sociofamiliar.

Enfermedades previas:

Hipertensión Arterial.

Dislipemia.

Pancreatitis crónica con insuficiencia pancreática endo y exocrina.

Diabetes Mellitus tipo 3c de 33 años de evolución, con complicaciones micro y macro vasculares.

Ingreso hospitalario 01/03/2023 por necrosis de primer a cuarto dedo pie izquierdo. Precisó: revascularización, amputación transmetatarsiana (TMT) abierta, y antibioterapia según indicación del PROA.

Por evolución tórpida sufre reamputación TMT a mayor nivel y nuevo intento de revascularización sin éxito.

Pasados 28 días es valorado en sesión interdisciplinar con C. Plástica y en ausencia de signos de infección y evolución aceptable se decide continuar tratamiento local con Terapia de Presión Negativa (TPN) para adecuar el lecho en perspectiva de posible injerto cutáneo, remitiéndose a la Unidad Pie Diabético (UPD) para seguimiento del proceso.

1ª Consulta-Valoración: herida de 8 x 4,8 cm, lecho con abundantes restos desvitalizados, exposición de estructuras, bordes necrosados. Exudado moderado. Desbridamiento parcial. Recogido cultivo. Pautada antibioterapia empírica. Dolor en aumento. Suspendida TPN.

Resultado de cultivo: *Raoultella ornithinolytica*, se ajusta antibiótico a antibiograma

Ante esta situación, con perfusión distal exigua e infección, paciente y familia son informados: si empeoramiento o dolor exacerbado la alternativa sería la amputación infracondílea.

Intervenciones y actividades

Se implemente un algoritmo de cuidados con vigilancia intensificada e intervenciones acordes a valoración integral:

- Cuidado de la herida: Limpieza, desbridamiento, acondicionamiento de bordes, manejo del exudado, cuidados de la piel perilesional, alivio de presiones.
- Promoción de la cicatrización: adecuando la terapia a la fase del proceso de cicatrización.
- Control de los signos evidentes y sutiles de infección.
- Vigilancia de áreas periféricas afectadas por una perfusión deficiente.
- Manejo del dolor: Valorando intensidad y características. Tratamiento analgésico.
- Prevención de caídas: transferencias con ayuda.
- Educación sanitaria: Proceso de la enfermedad, manejo de dispositivos, medicamentos prescritos, dieta prescrita
- Apoyo emocional: escucha activa y establecimiento de relación de ayuda, miedo a la

-Apoyo al cuidador: conciliación de citas, asesoramiento de recursos.

Evolución del caso y conclusiones

RESULTADOS

-Epitelización completa de la herida pasados once meses. Facilitada ortesis y calzadoterapia como medidas preventivas para evitar recidivas sobre muñón frágil.

-Preservación de la extremidad y la marcha, conservando independencia funcional.

-Normalización metabólica

CONCLUSIONES

En ausencia de posibilidades de revascularización efectiva, el abordaje multidisciplinar de la enfermedad de Pie Diabético permite dar una oportunidad a la persona con riesgo de amputación mayor.



Fotografía del caso

Abordaje terapéutico de úlcera venosa crónica con terapia compresiva y miel medica

Guillen Martinez, Rocio ⁽¹⁾; Rodriguez Martinez, Almudena⁽¹⁾;

⁽¹⁾ Hospital General Universitario Santa Lucia

Breve descripción del caso

El caso que se trata es una paciente con una úlcera venosa en miembro inferior izquierdo desde hace 2 años con mala evolución. Tras un largo periodo de estancamiento y empeoramiento, se consulta con varios profesionales y se realizan distintos tipos de tratamiento. Finalmente se encuentra una buena evolución y completa cicatrización tras la aplicación de L. Mesitran (Miel médica) y terapia compresiva.

Valoración general y de la lesión

La paciente es una mujer de 71 años, autónoma. Antecedentes: Hipertensión, artrosis, prótesis en rodilla derecha y pendiente de intervención de la rodilla izquierda. En tratamiento cónico con micardisplus, amlodipino, arcoxia, daflon y diliban. Se trata de una úlcera venosa supra maleolar interna en pierna izquierda de 2 años de evolución sin cicatrización completa.

Se realiza una exploración física: la úlcera tiene de dimensiones 4.5 cm de largo y 2.5 cm de ancho. Presenta tejido de hipergranulación, bordes irregulares y buen control del exudado, cursa sin dolor. Los pulsos son palpables tanto pedio como tibial posterior. La temperatura de la piel es adecuada sin presencia de edemas.

Al inicio del seguimiento la úlcera se estaba tratando con lavados con suero salino, colagenasa y vendaje con venda tipo crepe, no se estaba realizando compresión.

Intervenciones y actividades

Como pruebas complementarias, en noviembre 2022 fue derivada a medico vascular que realizó una eco-doppler con resultados no patológicos. Se tomó una muestra para cultivo de la herida en noviembre de 2023, siendo positivo en Aeromonas sobria y Morganella morganii. Se realizo una analítica de sangre de control en noviembre 2023 donde los resultados fueron normales y sin infección sistémica. Se llega a un diagnostico de úlcera venosa crónica, descartando enfermedad arterial periférica y neuropatía en paciente no diabética.

En junio 2023 se inicia seguimiento y un nuevo abordaje de la úlcera: lavado con suero salino, aplicando fomentos a base de PHMB y betaína, oxido de zinc en piel perilesional, apósito Hydroclean

avance, vendaje algodón, terapia compresiva con venda de corta tracción y compresión fuerte de 10 cmx 5 cm. desde la base de los dedos hasta el hueso poplíteo, en forma de espiga alternando con forma espiral según tolerancia de la paciente, curas cada 48 horas. En julio se observa los bordes macerados, se decide cambio de apósito a alginato para controlar la humedad. Durante el verano se aprecia un nuevo estancamiento, precisando en ocasiones aplicar cadexomo yodado en placa para realizar desbridamiento autolítico, no es tolerado por la paciente, comienza a presentar dolor nocturno. Se cambia a apósito de alginato con plata. En septiembre el tamaño de la úlcera aumenta de tamaño, se cambia el apósito a Citumed Sorbct gel. En noviembre es valorada por médico de atención primaria que cursa un cultivo de la herida y se realiza interconsulta con unidad infecciosas de atención especializada. Tras resultados del exudado se pauta levofloxacino por infección. En diciembre la úlcera es valorada por unidad infecciosas de AE, confirma mala evolución y se pauta Septrim forte y ciprofloxacino. Comienza curas por parte de centro de salud. Tras valoración el día 11 y 20 de diciembre recibe el alta en la unidad de heridas crónicas de AE con la siguiente pauta: limpieza con clorhexidina y suero salino, aplicación PHMB y betaína, desbridamiento cortante cuando precise, L. Mesitran (miel médica) en todo el lecho de la herida, apósito alginato, óxido de zinc y celecrem en bordes, hidratación del resto del miembro inferior con AGHO, media tipo Novofix, terapia compresiva baja con Urgo K2 tamaño 18-25 cm de 20 mmHg.

Evolución del caso y conclusiones

El tratamiento con terapia compresiva en las úlceras venosas crónicas es esencial para la buena evolución de la herida y consiguiente cicatrización completa.

Fotografía del caso



Septiembre 2023

| Marzo 2024

Microinjertos Autólogos en Sello en herida traumática de difícil cicatrización. Caso Clínico.

Morales Aguilera, Cristina⁽¹⁾; Febrero Fernández, Carmen⁽²⁾; De Andrés Vicente, Marta⁽³⁾; Noguerol Puente, Miriam⁽⁴⁾; Ortiz Rozalén, Cristina⁽⁵⁾;

(1) Centro de Salud Valdezarza-Sur (2) Centro de Salud Valle de la Oliva (3) Centro de Salud Las Rozas-El Abajón (4) Centro de Salud Monterozas (5) Centro de Salud Isla de Oza

Breve descripción del caso

Varón de 64 años sin antecedentes personales medico-quirúrgicos de interés ni tratamiento activo. Fumador de un paquete de cigarrillos diario desde los 16 años. El día 11/11/2023 sufre un traumatismo con moto y es valorado al día siguiente en urgencias por presentar una herida a nivel del primer metatarso del pie derecho en cara interna. Se realiza exploración clínica y se decide programar cita con enfermera y médico de Atención Primaria para continuidad de cuidados. Medidas terapéuticas: aplicación de frío local, Ibuprofeno 600 mg cada 8 horas durante 4-5 días, Omeprazol 20mg un comprimido en ayunas y Amoxicilina/ácido clavulánico 875/125mg cada 8 horas durante siete días. Se le indica acudir a urgencias en caso de presentar alguna complicación y se informa sobre datos de alarma.

Un mes después, es valorado en la Unidad de Heridas Crónicas del Hospital Universitario Puerta de Hierro tras derivación por Atención Primaria.

Valoración general y de la lesión

“Lesión de dimensiones 6x3cm aproximadamente con lecho esfacelar casi en su totalidad. Bordes delimitados con piel perilesional íntegra. Exudado moderado. Se realiza desbridamiento cortante. Programación de curas cada 24 horas. Pauta de curas: limpieza con suero fisiológico 0,9%, aplicación de pomada de ácido hialurónico al 0,2% y colagenasa y cubrir con silicona y gasas”.

Intervenciones y actividades

Dos días después se aprecia reducción notable del tejido esfacelar hasta un 20%, presentando tejido de granulación casi en su totalidad (80%). Se decide aplicación de hidrogel en lecho, hidrofibra como apósito primario y cubrir con apósito secundario de silicona con capacidad alta de absorción. Se programan curas cada 48 horas.

La herida evoluciona favorablemente con un aumento de presencia de tejido de granulación, salvo en región próxima a planta del pie. Se cree que esto es debido a la presión ejercida en la zona ya que el paciente refiere deambular con frecuencia, conducir y realizar otro tipo de actividades que pueden interferir en la curación de la herida.

Tras conseguir un lecho de herida óptimo, el día 13/02/2024 el servicio de Dermatología decide realización de Microinjertos Autólogos en Sello (MAS). Esta técnica consiste en aplicar una serie de fragmentos dermo-epidérmicos con forma ovalada en el lecho de la

lesión para favorecer su cicatrización.

Sobre la zona donante, en este caso el muslo izquierdo, se aplica hidrogel, una lámina de alginato como apósito primario y se cubre con un apósito secundario absorbente y compresivo.

Para que los MAS se adhieran correctamente a la herida es recomendable ejercer presión local e inmovilizar el miembro para evitar que se desplacen. Por ello, en esta zona se aplica hidrogel, se coloca sistema de terapia de presión negativa de 7 días de duración y se realiza vendaje compresivo.

A los 7 días, se realiza la primera cura con Enfermería, donde se observan microinjertos prendidos casi en su totalidad. Aún así, se decide una segunda sesión tres semanas después y se reitera la necesidad de reposo de la extremidad para favorecer el prendimiento.

Evolución del caso y conclusiones

Tras esta última sesión, se produce un aumento del exudado y presencia de tejido de hipergranulación, que da lugar a cambios en la pauta de curas durante el mes siguiente hasta obtener un control de la herida.

Finalmente, gracias a la aplicación de esta técnica, el seguimiento de cuidados y la colaboración del paciente, cinco meses después la lesión se cierra.

En conclusión, podemos confirmar que heridas complejas como la del presente caso pueden favorecerse de la aplicación de MAS como alternativa a tratamientos tradicionales en el proceso de curas.



Melanoma metastásico en brazo izquierdo: Tratamiento multidisciplinar

Poma Villena, Aurora Margarita ⁽¹⁾; Alvarez Peña, Estíbaliz⁽¹⁾; Alcaraz Nunes, Diego⁽²⁾;

⁽¹⁾ Hospital Universitario La Luz ⁽²⁾ Hospital Universitario San Francisco de Asís

Breve descripción del caso

Paciente varón de 57 años, sin antecedentes de interés, estudiado por una gran lesión ulcerada en región anterior de brazo izquierdo. La biopsia confirma metástasis de melanoma y, tras estudio de extensión, se objetiva extensa afectación ganglionar axilar ipsilateral y pulmonar múltiple bilateral.

Se presenta el caso en el comité multidisciplinar de tumores se decide cirugía higiénica de la lesión por tamaño y estado avanzado de ulceración. Al alta, se realiza un seguimiento estrecho por parte de enfermería con curas diarias.

Confirmada su tipificación, BRAF V600 mutado, inicia tratamiento con Encorafenib y Binemetinib, con respuesta cutánea, ganglionar y pulmonar en 4 meses, salvo a nivel de lesión primaria donde se observa claro crecimiento. Se inicia radioterapia estereotáxica para control de la oligoprogresión local (15 sesiones), con buena respuesta cutánea.

Valoración general y de la lesión

Paciente presenta lesiones tumorales ulceradas de gran tamaño en región anterior de brazo izquierdo compatible con metástasis de melanoma estadio IV.

El Melanoma es el tercer tipo de cáncer de piel más frecuente. Hasta un 10% de los pacientes al diagnóstico presentan lesiones metastásicas.

El estudio de las técnicas moleculares ha permitido identificar diferentes mutaciones (BRAF, NRAS, KIT) y con ello el desarrollo de líneas de tratamiento específicas.

La mutación BRAF (B-Raf proto-oncogene) puede identificarse hasta en un 50% de los melanomas permitiendo la utilización de fármacos inhibidores específicos.

En pacientes con mutación en el gen BRAF V600, los tratamientos recomendados en primera línea son la combinación de un inhibidor BRAF y un inhibidor MEK, o la inmunoterapia con anti-PD1.

Intervenciones y actividades

28/10/2022

Se realiza cirugía higiénica de la lesión. Curas diarias inicialmente, luego dependiendo de exudado se realizan interdiario y posteriormente dos veces en semana con sulfadiazina argéntica, lamina no adherente, fibra de hidrocoloide no tejido para gestión de exudado y

como apósito secundario apósito de espuma de poliuretano con canales de absorción.

24/11/2022

Confirmada su tipificación inicia tratamiento con encorfenib y binemetinib. Misma pauta de curas dos veces en semana.

28/03 al 19/04/2023

15 sesiones de radioterapia estereotáctica. Curas después de las sesiones de radioterapia con Diprogenta pomada, lamina no adherente y apósito de espuma de fina adherencia con tecnología safetac

22/08/2023

Lesión cicatrizada

Evolución del caso y conclusiones

Tras nueve meses de tratamiento lesión oncológica a cicatrizado.

La prevención y el diagnóstico temprano son claves para identificar lesiones en un estadio precoz. Para estadios avanzados se han desarrollado múltiples tratamientos sistémicos que permiten mejorar la supervivencia.

El tratamiento oncológico específico, la cirugía y la realización de curas postquirúrgicas, ha mejorado la calidad de vida del paciente y su supervivencia.

Bibliografía

1. Berrocal A, Cabanas L, Espinosa E, Fernández-de-Misa R, Martín-Algarra S, Martínez- Cedrés JC, et al. Melanoma: diagnosis, staging, and treatment. Consensus group recommendations. *Advances in therapy*. 2014;31(9):945-60.
2. Guy GP, Ekwueme DU. Years of potential life lost and indirect costs of melanoma and non-melanoma skin cancer: a systematic review of the literature. *Pharmaco Economics*. 2011;29(10):863-74.
3. Martín-Algarra S, Fernández-Figueras MT, López-Martín JA, Santos-Briz A, Arance A,



Lozano MD, et al. Guidelines for biomarker testing in metastatic melanoma: a National Consensus of the Spanish Society of Pathology and the Spanish Society of Medical Oncology. Clinical & translational oncology: official publication of the Federation of Spanish Oncology Societies and of the National Cancer Institute of Mexico. 2014;16(4):362-73.

4. Berrocal A, Arance A, Castellón VE, de la Cruz L, Espinosa E, Cao MG, et al. SEOM clinical guideline for the management of malignant melanoma (2017). Clinical & translational oncology: official publication of the Federation of Spanish Oncology Societies and of the National Cancer Institute of Mexico. 2018;20(1):69-74.

5. NCCN: National Comprehensive Cancer Network. Clinical Practice Guidelines in Oncology, Melanoma Version 2. Fort Washington, PA: National Comprehensive Cancer Network; 2018.

Lesiones relacionadas con la inmigración, una serie de casos.

Bártoli González, Alegna Andrea⁽¹⁾; Díaz Hernández, Daniel⁽¹⁾; Quintero Campos, Serina⁽¹⁾; Peraza Suárez, Milexy⁽¹⁾; Pereira López, Yurbi Nahomi⁽¹⁾; Viera Angulo, María Salomé⁽¹⁾;

⁽¹⁾ Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

Breve descripción del caso

1: Varón, 17 años sin antecedentes de interés; con lesión en MID. Presentó una evolución tórpida, con necesidad de amputación digital y realización de injerto.

2: Varón, 27 años sin antecedentes de interés, deshidratación y malnutrición, que ingresa con lesiones extensas en glúteos compatibles con quemaduras químicas que necesitó desbridamiento.

3: Varón, 27 años sin antecedentes de interés que ingresa con lesión en dorso de mano derecha. Tuvo una evolución desfavorable precisando amputación digital y realización de injerto.

Valoración general y de la lesión

1: lesión necrótica en 1º y 2º falange de MID y lesión por humedad en el dorso, con signos de infección y celulitis, compatible con “pie patera”. Exposición tendinosa.

2: lesiones extensas en glúteos compatibles con quemaduras químicas por la mezcla de tetraetilo de plomo con el agua de mar, que necesitó desbridamiento quirúrgico por necrosis y tejido desvitalizado en el lecho de herida, además de antibioterapia sistémica.

3: lesión en dorso de mano derecha con exposición tendinosa y necrosis seca del 4º dedo.

Intervenciones y actividades

En todos los casos se realiza plan de cuidados enfermero con taxonomía NANDA internacional II con sus actividades correspondientes. Destacan los siguientes diagnósticos:

- Deterioro de la integridad cutánea (00046)
- Dolor agudo (00132)
- Riesgo de infección (00004)
- Desequilibrio nutricional por defecto (00002)
- Trastorno de la imagen corporal (00118)
- Deterioro de la comunicación verbal (00051)

Evolución del caso y conclusiones

1: Se inicio con povidona iodada y tras descartar isquemia, se inicia acondicionamiento de bordes y desbridamiento cortante. Curas con hidrofibra de hidrocoloide con plata y espuma. Se observa exposición tendinosa del primer dedo que se protege con lámina de silicona, amputación digital 1º y 2º dedo. Realización de injerto en zona dorsal del pie. Epitelización a los 3 meses.

2: Preparación del lecho de la herida para realización de injerto autólogo de piel, con desbridamientos tras la aplicación de solución de Klein para manejar el dolor. Se realizó limpieza con agua bidestilada, uso de corticoides tópicos para hipergranulación durante 3 días y posterior uso de gentamicina tópica tras cultivo positivo por *Staphylococcus aureus* multirresistente. Protección del tejido neoformado con tul impregnado en vaselina y espuma, al mes de inicio de curas se realiza injerto, prendiendo en su totalidad.

3: Las curas llevadas a cabo consistieron en la aplicación de alginato de plata, antibioterapia tópica y espuma, con el fin de preparar el tejido para la realización del injerto. La epitelización completa del dorso de la mano se consiguió tras 2 meses.

Ha habido un crecimiento exponencial de inmigrantes llegados a las costas españolas en condiciones adversas. Eso supone que enfermería debe tener los conocimientos y las habilidades para abordar las heridas de estos pacientes tan complejos, enfrentándonos a patologías nuevas, donde es vital conocer las características diferenciadoras de las lesiones que presentan. El pie y la mano de patera son patologías complejas que necesitan abordaje multidisciplinar. Las quemaduras químicas, por el daño tisular tan extenso, producen mucho dolor y es esencial abordarlo.

Lo complejo de estas lesiones no es sólo saber tratarlas adecuadamente sino mantener una actitud de comprensión y empatía ante personas vulnerables, que presentan una barrera idiomática, diferencias culturales y falta de apoyo social.



Caso 1



Caso 2



Caso 3

Bibliografía

1. Grupo de trabajo de la Gerencia de Atención Primaria del área de salud de Gran Canaria. Atención sanitaria a migrantes recién llegados a Gran Canaria en situación irregular por vía marítima. Documento de consenso para la coordinación de recursos. Gran Canaria 2022
2. Ruiz Benítez G, Díaz Cordero MA, Cantero García JP, De los Santos Durán Am. Seguridad en enfermería: cómo tratar a los pacientes afectado por el manejo de combustible en el mar. Documentos de enfermería, diciembre 2019.Nº 76. P27-31.

Terapia de presión negativa en la cura de amputaciones de pie diabético

Gonzalez Ruiz, Marcos⁽¹⁾; Leñero Cirujano, Miriam⁽²⁾; Mancheño del Real, Victoria⁽¹⁾; Garcia Arroyo, Andrea⁽¹⁾; Martinez Quintana, Sonia⁽¹⁾;

⁽¹⁾ Hospital Universitario Doce de Octubre ⁽²⁾ Universidad Autónoma de Madrid

Breve descripción del caso

Varón de 62 años, con los siguientes antecedentes personales: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 1, dislipemia, cáncer de vejiga, cardiopatía isquémica revascularizada con stents, retinopatía diabética, enfermedad renal crónica en situación de diálisis, hiperplasia prostática.

En cuanto a antecedentes vasculares, presenta amputación supracondílea de pierna derecha por gangrena gaseosa y amputación transmetatarsiana de pie izquierdo, por múltiples lesiones e infecciones asociadas a complicaciones de pie diabético. Miembro inferior izquierdo revascularizado mediante bypass femoro-poplíteo.

Acude a consulta externa de Cirugía Vascular por lesión en pie izquierdo, en cara plantar, externa y dorsal, con signos infecciosos, de necrosis, mal olor y celulitis perilesional. Se decide derivación a Urgencias para valoración de amputación mayor urgente. En quirófano se decide preservar la mayor parte de tejido posible, optando por realizar amputación menor controlada mediante resección de remanentes de 4º y 5º metatarsianos, cuboides y cuneiforme, dejando importante defecto lesivo abierto.

Tras 3 días de ingreso y antibioterapia intravenosa ajustada a cultivo de tejido óseo, el paciente solicita el alta voluntaria para ser tratado de la lesión de forma ambulatoria.

Valoración general y de la lesión

En la primera consulta ambulatoria tras el alta hospitalaria, el paciente presentaba un defecto importante a nivel de la cara externa del pie izquierdo, de una extensión

aproximada de 13x10cm, con una profundidad en su zona central de 8cm.

Se observaba importante tejido de hipergranulación, ligeramente friable, cubriendo toda la lesión, alternado con zonas de ligera fibrina y esfacelos, sobre todo en zona más inferior. El exudado era muy abundante, de coloración amarillo-marronácea. La zona perilesional se encontraba macerada.

Intervenciones y actividades

Dada la extensión de la lesión, se decidió realizar la cura utilizando la tecnología de presión negativa de Avance Solo®. Para ello, se siguió la siguiente pauta de cura:

- Lavado de la lesión con agua y jabón, aclarado con SSF y secado con compresa estéril.

- Desbridamiento cortante mediante cureta y/o bisturí del tejido desvitalizado.
- Fomentos de solución antimicrobiana de polihexanida durante 15 minutos.
- Aplicación de la terapia de presión negativa Avance Solo®, aplicando relleno del defecto central con la espuma, y apósito de cuatro capas como secundario.
- Frecuencia de curas 2 veces en semana.

Junto a esta pauta local, se decidió continuar con antibioterapia sistémica vía oral pautada desde atención hospitalaria hasta completar ciclo.

Evolución del caso y conclusiones

Mediante el tratamiento de la lesión con terapia de presión negativa ambulatoria, con dos curas semanales para gestión del exudado, se consiguió una reducción de la superficie de la lesión de un 30% aproximadamente a los 20 días de tratamiento.

A los 35 días, la profundidad de la lesión disminuyó hasta quedar prácticamente a plano, con eliminación total del tejido esfacelado y disminución del exudado, dejando únicamente tejido de granulación.

A los 60 días de tratamiento con presión negativa, se decidió progresar a cura húmeda convencional por excelente evolución de la lesión. A los 90 días del tratamiento, se alcanzó el cierre total de la lesión y su epitelización completa.

En conclusión, la terapia de presión negativa se considera un método muy eficaz en el manejo de las amputaciones menores, con la aceleración de los tiempos de cicatrización.



Bibliografía

1. Ferreira M, Tuma Jr. P, Carvalho V, Kamamoto F. Complex wounds. Clinics. 2006; 61(6): 571-578.
2. Saxena VSM, Hwang CW, Huang S, Eichbaum Q, Ingber D, Orgill DP. Vacuum-assisted closure: microdeformations of wounds and cell proliferation. Plast Reconstr Surg 2004;114:1086-96; [Discussion 1097-1098]
3. Timmers MS, Le Cessie S, Banwell P, Jukema GN. The effects of varying degrees of pressure delivered by negative-pressure wound therapy on skin perfusion. Ann Plast Surg 2005;55:665-71.

Úlceras venosas vs carcinomas basocelulares ulcerados: la importancia de una valoración continua de la herida

Gonzalez Ruiz, Marcos⁽¹⁾; Leñero Cirujano, Miriam⁽²⁾; Garcia Arroyo, Andrea⁽¹⁾; Mancheño del Real, Victoria⁽¹⁾; Martinez Quintana, Sonia⁽¹⁾;

⁽¹⁾ Hospital Universitario Doce de Octubre ⁽²⁾ Universidad Autónoma de Madrid

Breve descripción del caso

El objetivo de este trabajo es presentar una serie de tres casos clínicos de pacientes con diagnóstico de úlceras venosas de años de evolución, cuyo diagnóstico final fue de carcinoma basocelular ulcerado:

- Mujer de 78 años con antecedentes personales de hipertensión arterial y asma, que acude a consulta de Cirugía Vascular derivada de Atención Primaria con diagnóstico de úlcera venosa/post-traumática de 3 años de evolución tórpida, que persiste sin cicatrizar a pesar de cambios constantes de pautas de cura y tratamientos.
- Mujer de 86 años con antecedentes personales de dislipemia y fibrilación auricular anticoagulada con Xarelto, que acude a consultas externas de Cirugía Vascular derivada desde Atención Primaria por úlcera venosa en zona perimaleolar interna de 4 años de evolución, sin llegar a cicatrizar en ningún momento.
- Mujer de 88 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia, fibrilación auricular, cardiopatía isquémica, SCASEST tipo angina inestable, bloqueo completo de rama derecha y cirugía de prótesis de rodilla derecha. Acude a consulta de Cirugía Vascular por evolución tórpida de úlceras venosas en ambos miembros inferiores, de 2 años de evolución.

Valoración general y de la lesión

A nivel de exploración física y valoración de la lesión, las pacientes presentaban un aspecto diferente de la lesión, con signos comunes y signos diferenciales:

- Lesión de 2,5x3cm aproximadamente, en zona pretibial de miembro inferior derecho, con superficie mamelonada e hipergranulada, erosiva sangrante, y borde blanquecino con halo eritematoso perilesional. Signos de insuficiencia venosa bilateral.
- Lesión de 2,5x2cm aproximadamente, en zona maleolar interna de miembro inferior derecho, prácticamente a plano, sin tejido de hipergranulación ni friable, con bordes muy anfractuados e irregulares, y mamelones de tejido epitelial en zona interior. Signos de insuficiencia venosa bilateral.
- Lesión de 4x3cm aproximadamente, en cara lateral interna de miembro inferior derecho, con importante tejido de hipergranulación muy friable, exudativo, con retracción de bordes irregulares. Signos de insuficiencia venosa bilateral.

Intervenciones y actividades

Todas las lesiones fueron tratadas desde Atención Primaria de forma variada, presentando evolución tórpida en todas las situaciones.

En consulta de Cirugía Vascular, las lesiones fueron refractarias a todo tratamiento que se inició. Se probó terapia antimicrobiana, se pautó antibioterapia sistémica ajustada a cultivo de la lesión y se trataron los signos locales, como gestión del exudado con alginatos o reducción del tejido de hipergranulación mediante corticoides tópicos. La evolución fue tórpida en todos los casos, sin empeoramiento ni mejoría.

Evolución del caso y conclusiones

Ante la evolución tórpida y la no justificación del estancamiento de las lesiones, se decidió derivar a Dermatología para realización de una biopsia del tejido y descartar patología tumoral.

Tras la realización de las biopsias y su posterior análisis, el diagnóstico histopatológico de todas las lesiones fue de carcinoma basocelular infiltrativo.

En conclusión, es muy importante una correcta valoración continua de las lesiones crónicas, así como replantearse el diagnóstico de un determinado tipo de lesión si la evolución de la misma es tórpida, por el riesgo de malignización.



Bibliografía

1. Bonkemeyer Millan S, Gan R, Townsend PE. Venous Ulcers: Diagnosis and Treatment. Am Fam Physician. 2019 Sep 1;100(5):298-305.
2. Abbade LP, Lastória S. Venous ulcer: epidemiology, physiopathology, diagnosis and treatment. Int J Dermatol. 2005 Jun;44(6):449-56. doi: 10.1111/j.1365-4632.2004.02456.x.
3. Schnirring-Judge M, Belpedio D. Malignant transformation of a chronic venous stasis ulcer to basal cell carcinoma in a diabetic patient: case study and review of the pathophysiology. J Foot Ankle Surg. 2010 Jan-Feb;49(1):75-9. doi: 10.1053/j.jfas.2009.07.015

Tratamiento de la úlcera crónica en paciente complejo desde la visión de la enfermería comunitaria

Pérez, Pilar⁽¹⁾; Fernández Luna, Jesus⁽¹⁾; Rojo Centeno, Belén⁽¹⁾; Moreno Carreras, Laura⁽¹⁾; Navarrete Romero, Yolanda⁽¹⁾; Rodrigo Rosell, Gemma⁽¹⁾;

⁽¹⁾ C.S. Reina Victoria

Breve descripción del caso

Paciente de 55 años de edad derivado desde otro Centro de Salud por mala adherencia al tratamiento y poca continuidad en las curas. Úlceras en ambos miembros inferiores de 4 años de evolución. Seguido por cirugía vascular de otro centro hospitalario, pero tras último ingreso y alta voluntaria, únicamente en seguimiento por enfermería del centro de salud con cura con povidona, apósito impregnado en bálsamo de peru y aceite de ricino y vendaje con algodón y crepé, por escasa asistencia a las curas del paciente y mal control de la analgesia.

Paciente con obesidad mórbida, analítica con indicadores de desnutrición y abuso crónico de AINES.

Valoración general y de la lesión

Úlceras extensas, grado IV en miembros inferiores, origen vascular. Fascia expuesta en tercio medio proximal cara anterior del MII. Hemorragias en sábana. Abundante esfacelo y tejido necrótico. Muy exudativa, coloración verdosa, que tras toma de muestra para cultivo, se comprueba que es pseudomona e intenso olor.

Intervenciones y actividades

En primer lugar se establece un contrato entre MAP, enfermera y paciente donde se establecen los compromisos de cada parte.

El paciente se compromete a acudir a las curas con la frecuencia que se decida por parte del profesional, a iniciar un programa de alimentación saludable que le permita bajar peso y mejorar su situación nutricional para favorecer la cicatrización. Se pauta analgesia reduciendo los AINES y sustituyéndolos por opioides débiles.

Ante la negativa del paciente a un ingreso hospitalario tras malas experiencias en ingresos anteriores y problemas laborales, se decide realizar e-consultas a vascular adjuntando fotografías de la evolución.

Se realiza un cultivo tras la toma de una muestra de las lesiones. Se realiza una valoración de pulsos y un ITB.

Evolución del caso y conclusiones

Las curas realizadas por parte del personal de enfermería del centro de realizan tres veces en semana y constan de tres partes:

1. Lavado

2. Desbridamiento

3. Tratamiento

Para el lavado de las úlceras hemos utilizado distintos productos: iniciamos con clorhexidina jabonosa y tras varios cambios y diferentes soluciones de limpieza se obtienen los mejores resultados con el lavado con solución electrolizada, resultado de la hidrólisis de agua pura y cloruro sódico.

Para el desbridamiento se ha usado inicialmente enzimas proteolíticas y tras mejorar la analgesia y con el uso en ocasiones de anestésico local se ha realizado desbridamiento con cureta.

Después de las primeras curas y salvo puntuales ocasiones se redujo de manera drástica las hemorragias en sábana, lo cual permitía poder desbridar de forma cortante.

Para el tratamiento de las úlceras no se ha podido usar antibiótico sistémico, pese a los resultados del cultivo, por resistencias a los antibióticos de los que se dispone en Atención Primaria y negativa del paciente al ingreso.

Pese a ello, al mejorar la higiene del paciente y al lavado con fórmulas antisépticas, se redujo significativamente el olor y la coloración verdosa de las lesiones.

Se inició la aplicación tópica de ácido hipocloroso, con buena tolerancia por parte del paciente y al tratarse de úlceras tan exudativas se decidió el uso de alginatos y espumas.

En este apartado debemos establecer diferencias entre el MII y el MID. Una vez establecida una correcta pauta de curas la evolución del MID fue significativamente mejor, mucho menos exudado y mucha menos presencia de tejido desvitalizado. Por ello, se inició pauta de cura con óxido de zinc en solución y alginato, permitiendo este cambio espaciar las curas del MID a dos veces por semana.

Como escalón final del tratamiento se decidió el vendaje compresivo multicomponente de ambos miembros.

Actualmente se continúa con el proceso de tratamiento de estas úlceras desde el Centro de Salud con seguimiento por parte de cirugía vascular del hospital de referencia.

Hematoma profundo disecante, el poder del desbridamiento asociado a la terapia compresiva.

arroyo salinas, alba⁽¹⁾; aquilué berdún, mar⁽²⁾;

(1) Centro de Salud Puerta del Carmen (2) centro de salud Seminario

Breve descripción del caso

Mujer de 86 años, activa e independiente para las ABVD, con antecedentes patológicos de HTA, DM II, insuficiencia venosa crónica, insuficiencia cardíaca y portadora de prótesis en ambas rodillas, en tratamiento con Apixabán entre otros fármacos, sin hábitos tóxicos, es derivada a la consulta de heridas complejas para valoración y tratamiento de una úlcera de evolución tórpida que presenta desde hace 3 meses. Al realizar la anamnesis, la paciente comenta que el origen de la herida fue un golpe, el cual derivó en un hematoma que se tornó duro, y que no fue drenado en ninguno de los distintos servicios sanitarios a los que acudió. Tras dos meses sin desbridar, evolucionó a un hematoma profundo disecante, que finalmente fue intervenido por el servicio de plástica. En la consulta de plástica la realizaron un desbridamiento cortante, y le pautaron curas con sulfadiazina argéntica por parte de su equipo de atención primaria. Tras un mes desde este desbridamiento y la continuación de las curas por su equipo de AP, la herida presenta evolución tórpida.

Valoración general y de la lesión

Úlcera dolorosa a la manipulación, de unos 6x5cm de tamaño, localizada en meseta tibial de EID, con afectación de tejidos profundos, presencia de abundante tejido desvitalizado, friable, pequeños hematomas encapsulados, exudado abundante, cavitada unos 3 cm por la zona más distal de la herida, con bordes sobreelevados y macerados. Presencia de signos sutiles de infección local y de biofilm.

Respecto a la exploración de la extremidad, presenta edema grado 1, signos de enfermedad venosa leve con un CEAP C2-C3 y pulsos pedio y tibial posterior conservados. Niega claudicación intermitente u otra sintomatología arterial.

Intervenciones y actividades

El tratamiento inicial pretendía liberar al lecho del tejido desvitalizado y controlar los signos de infección. Para ello se realizó desbridamiento cortante previo fomento con lidocaína para control del dolor (las veces que se consideró necesarias según la evolución de la herida) y se aplicó cadexómero yodado. Se protegieron bordes con óxido de zinc, se aplicó además un apósito superabsorbente para gestionar el exudado, y se realizó un vendaje de terapia compresiva con vendas de tracción corta (una de 8 cm y una de 10 cm en vendaje circular) previo almohadillado para unificar perímetros y proteger prominencias.

Posteriormente, tras liberar el lecho de tejido no viable y conseguir tejido de granulación a la altura de bordes en un periodo de tiempo de unas 3 semanas, se suspendió el cadexómero yodado, y se comenzó con fomentos de polihexanida para control de



microorganismos, y la aplicación de apósito de colágeno y alginato para favorecer la formación de tejido de granulación, espuma de poliuretano con silicona que gestionara el exudado, y se continuó con la terapia compresiva hasta epitelización.

Evolución del caso y conclusiones

Se consiguió la epitelización completa de la herida en 7 semanas. La paciente toleró la terapia compresiva desde el inicio, la cual se mantuvo en unos 30 mmHg. Además, manifestó mejoría clínica en cuanto a la sensación de pesadez en las piernas y movilidad.

La evolución del caso demuestra la necesidad de liberar el lecho del tejido desvitalizado lo antes posible, para que este no provoque una mayor afectación de los tejidos, y pueda comenzar a formarse tejido viable, especialmente en el caso de los hematomas subcutáneos. Además, pone en manifiesto los beneficios de la aplicación de terapia compresiva en el tratamiento del hematoma subcutáneo y de otras lesiones de extremidad inferior (siempre que no esté contraindicada), a pesar de que el origen de la lesión no sea una insuficiencia venosa crónica avanzada.

Cura efecto costra en quemadura con tejido de hipergranulación

Arroyo Salinas, Alba⁽¹⁾; Aquilué Berdún, Mar⁽²⁾;

(1) Centro de Salud Puerta del Carmen (2) centro de salud seminario

Breve descripción del caso

Paciente de 86 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 no insulino dependiente mal controlada, Hipertensión arterial y abuso crónico de alcohol.

Valoración general y de la lesión

La herida tiene unas dimensiones de 7x5cm, presenta tejido esfacelar en un 80% y necrótico en un 20%, exudado maloliente y bordes eritematosos.

Intervenciones y actividades

En las sucesivas curas se realiza desbridamiento cortante del tejido desvitalizado y control de la infección con apósitos con plata hasta llegar a tejido de granulación sin signos de infección. Se prosiguen las curas con apósito de fibra de hidrocoloide, hasta que se observa un retraso de la cicatrización por tejido de hipergranulación, sin otros signos de infección. Se descarta la realización de fomentos con corticoide tópico por diabetes mal controlada, y se realiza cura efecto costra, consiguiendo la completa epitelización.

Evolución del caso y conclusiones

En este caso, se observa un efecto beneficioso de la cura con efecto costra para con respecto al control y eliminación del tejido de hipergranulación, gracias al efecto antiinflamatorio y antimicrobiano del zinc y apósito de alginato que se utilizaron para este caso.



Abordaje de herida con terapia de presión negativa + solución antimicrobiana hipoclorosa en hidrogel

López Pérez, Tatiana⁽¹⁾; Alcausa Martín, Pilar⁽¹⁾; Asensio Logroño, Natalia⁽¹⁾;

⁽¹⁾ Hospital Universitario Quirón Salud

Breve descripción del caso

Mujer de 53 años, con herida en zona inguinal izquierda tras canulación ECMO venoarterial durante 6 días por PCR durante cateterismo cardíaco en el contexto de IAM.

Mala evolución de la lesión, presentando signos de infección de difícil abordaje por cercanía a estructuras anatómicas nobles como tejido muscular y sistema vascular femoral.

Valoración general y de la lesión

Herida en zona inguinal izquierda que tras decanulación se realiza cierre por sutura y grapas, mala evolución con signos de infección (bordes enrojecidos y a tensión, esfacelos, biofilm) por lo que se inicia tratamiento con solución antimicrobiana hipoclorosa. La piel colindante continúa enrojecida, tersa y levemente caliente, precisa abrir y drenar seroma.

Según la estructura TIME:

T: Presencia de abundante tejido no viable. I: Datos de infección e inflamación.

M: Exudado abundante, de difícil control.

E: Bordes macerados con dehiscencia de sutura inicial.

La paciente recibe alimentación a dosis completas por sonda nasogástrica, bien tolerada.

Intervenciones y actividades

Objetivos

- 1.- Evaluar la efectividad de solución antimicrobiana hipoclorosa en formato hidrogel en el tratamiento local de heridas esfaceladas.
- 2.- Optimizar el tratamiento mediante la terapia de presión negativa para acelerar el proceso de angiogénesis (3).
- 3.- Conseguir que las heridas cicatricen sin complicaciones en el menor tiempo posible.
- 4.- Prevenir la infección bacteriana, optimizando así el coste-efectividad.

Actividades

Se mantiene cura con fomentos de solución antimicrobiana hipoclorosa, apósito de

hidrofibra con plata y desbridamiento quirúrgico, se protegen bordes con pasta con zinc. Pese a ello, evolución tórpida hasta dehiscencia de sutura por lo que se decide como coadyuvante, el inicio de terapia de presión negativa.

Antes de la colocación de la terapia, se limpia bien la herida mediante desbridamiento quirúrgico y técnica Friedrich en bordes. Se mantiene el uso antimicrobiano hipocloroso en formato hidrogel, el cual es empleado en el lecho de la herida al colocarse la espuma de la TPN.

Evolución del caso y conclusiones

Evolución del caso

Se controla el exceso de exudado de la herida, la presencia de esfacelos y biofilm. Se consigue la proliferación de tejido de granulación que favorece la disminución de la profundidad del lecho de la herida, preservando por localización anatómica, del daño a estructuras nobles como tejido muscular o sistema vascular femoral .

Conclusiones

La utilización de la solución hipoclorosa para el tratamiento y prevención de la infección ha resultado ser eficaz contribuyendo a la cicatrización parcial de las lesiones en un espacio corto de tiempo. La coadyuvancia de la TPN a 120 mmHg potencia la angiogénesis en el lecho de la herida y ayuda al cierre por segunda intención de la misma.

Viendo la tendencia progresiva de cierre y granulación del lecho de la herida, y basándonos en las últimas evidencias de los injertos en sello posteriores a la TPN, será esa la línea a seguir para finalizar el tratamiento.

Bibliografía

- 1.- Romero-Collado Ángel, Verdú-Soriano José, Homs-Romero Erica. Recomendaciones del uso de antimicrobianos en heridas crónicas. Gerokomos [Internet]. 2022 [citado 2024 Abr 28] ; 33(2): 111-118. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2022000200010&lng=es. Epub 24-Oct-2022
- 2.- XI Congreso Nacional SEHER, editor. Heridas y cicatrización [Internet]. Revista de la Sociedad Española de Heridas; 2023. Disponible en: <https://heridasycicatrizacion.es/index.php?layout=edit&id=98>
- 3.- Journal of Wound Management. HOLISTIC MANAGEMENT OF WOUND-RELATED PAIN. AN OVERVIEW OF THE EVIDENCE AND RECOMMENDATIONS FOR CLINICAL PRACTICE [Internet]. 2024. Disponible en: <https://gneaupp.info/practice-holistic-management-of-wound-related-pain/>
- 4.- Conde E. Los injertos en sello: un clásico que vuelve a estar de moda [Internet]. Elena Conde Montero. 2019 [citado el 2 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.elenaconde.com/los-injertos-en-sello-un-clasico-que-vuelve-a-estar-de-moda/>



EL COLGAJO COMO ALIADO EN LA CURA EN PIEL CON DERMATOPOROSIS

Cana Benítez, Enrique⁽¹⁾; Vera Vicioso, Guillermo⁽¹⁾; Osorio Vergara, Laura⁽²⁾;

(1) Servicio Andaluz de Salud (2) Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria del Distrito Málaga-Guadalhorce.

Breve descripción del caso

Mujer de 89 años que vive en residencia de forma autónoma (Barthel 95), con buen soporte sociofamiliar. Acude a consulta de enfermería por una leve contusión en miembro inferior derecho con el somier de su cama, que ocasionó dos desgarros cutáneos. Se inicia entonces un proceso de curas, coordinándose enfermeros residentes en Familiar y Comunitaria, sus tutores, su médico referente y el enfermero referente de heridas del Distrito Sanitario.

Valoración general y de la lesión

La paciente no presenta riesgo de lesiones cutáneas asociadas a dependencia ni riesgo de malnutrición (MUST: 0). Se identifican diagnósticos relevantes como insuficiencia venosa, dermatoporosis estadio III, dislipemia, hipertensión y asma. Niveles de hemoglobina 10.3g/dL, hierro 49µg/dl y filtrado glomerular 40ml/min.

Existen dos lesiones en miembro inferior derecho, zona gemelar, de 4x3cm la superior y 4x6cm la inferior. Ambas presentan desgarró cutáneo con colgajo que revelan un lecho limpio con tejido de granulación, no exudativas y hematomas circundantes.

Intervenciones y actividades

El tratamiento inicial fue conservador: mantener colgajos, limpieza con suero fisiológico y aplicación de apósito de malla de silicona.

En la siguiente cura se observó edema en MMII y aumento del exudado, por lo que se modificó la pauta: fomento de betaína con polihexanida, óxido de zinc perilesional, malla de silicona como apósito primario y apósito secundario de espuma de poliuretano. Debido al edema, se decidió aumentar el tratamiento diurético.

Durante la primera semana, el colgajo de la lesión inferior se mantuvo estable, mientras que el de la lesión superior se desprendió por necrosamiento.

Tras 15 días de evolución, se detectó vasculitis en ambos miembros inferiores (MMII), por lo que se comenzó pauta antibiótica. Durante este periodo, aumentó considerablemente el exudado de la lesión y se detectó biofilm. Siendo insuficiente el tratamiento diurético, se valoró índice tobillo-brazo, descartando patología arterial e iniciando terapia compresiva en ambos MMII, con lo que se detectó una rápida disminución de perímetros de los MMII y buena tolerancia.

En pocos días se observa mejoría de la lesión, disminución del edema y resolución de la vasculitis, permitiendo espaciar las curas. Se observó una curación más rápida en la lesión que mantuvo el colgajo frente a la que no.

Evolución del caso y conclusiones

Se le solicitó el consentimiento a la paciente para realizar fotografías de las lesiones y así hacer un seguimiento óptimo.

El proceso de curación duró 59 días en total, 37 desde que inició la terapia compresiva.

La terapia compresiva fue eficaz a la hora de disminuir el edema de los MMII, eliminando así, de forma casi total, la supuración de las lesiones, cuestión que incomodaba bastante al paciente.

Una vez eliminado el principal motivo que dificultaba el cierre de la lesión, se observó una mejora significativamente más rápida de la lesión que mantuvo el colgajo frente a la que no, además de presentar una cicatriz menos evidente una vez epitelizada. Consideramos que no se debería retirar de manera sistemática el colgajo de una lesión, ya que parece producir efectos beneficiosos para la cicatrización al aumentar la superficie de contacto para migrar células epiteliales al lecho de la lesión.



Bibliografía

1. Abbad CM. et al. Guías de Práctica Clínica en enfermedad Venosa Crónica. Torrejón de Ardoz: Id Médica; 2015.
2. Díaz Herrera MA, Baltà Domínguez L, Blasco García MC, Fernández Garzón M, Fuentes Camps EM, Gayarre Aguado R, et al. Maneig i tractament d'úlceres d'extremitats inferiors. [En línea] Barcelona: Institut Català de la Salut, 2018. Versión traducida por: Raquel Gayarre Aguado, Rafael Medrano Jiménez, M^a José Montoto Lamela y M^a José Portillo Gañán.
3. Carrasco EC, Sánchez SD. Recomendaciones para el Manejo de la enfermedad venosa crónica en atención primaria. Torrejón de Ardoz, Madrid: Id Médica; 2015.

Plan de cuidados enfermeros en PTA de fístula arterio-venosa.

Bartolomé fernández, yolanda⁽¹⁾;

(1) PARC DE SALUT MAR

Breve descripción del caso

Mujer de 80 años con fístula nativa húmero-cefálica funcionante y existencia de dos aneurismas venosos. El más proximal y de mayor diámetro (3 cm de diámetro) presenta sangrados espontáneos durante la sesión de hemodialisis y entre sesiones.

Valoración general y de la lesión

1. Realizamos fistulografía donde se observa fístula húmero cefálica con presencia de 2 aneurismas en la vena cefálica
2. Mediante punción arterial con introductor 7F se realiza angioplastia con implantación de stent recubierto de 8x15mm de diámetro con la exclusión de ambos aneurismas
3. A los 6 meses la paciente se presenta en nuestra unidad con la fístula trombosada.
4. Se realiza angioplastia con balón de alta presión y trombectomia mecánica se implantan dos nuevos Stents recubiertos (uno proximal al stent trombosado y cubriendo la zona yuxta-anastomótica 8x150 mm y otro distal de 8x50mm)

Intervenciones y actividades

Diagnóstico de enfermería pre-procedimiento: (00126) Conocimientos deficientes

NOC: Conocimiento procedimientos terapéuticos (1814)

NIC: Enseñanza: procedimiento/tratamiento [5618]

Se informó a la paciente y familia acerca de la duración esperada del procedimiento/tratamiento Presentación del equipo médico y de enfermería que participaban en el procedimiento

Se informó de nuevo del propósito del procedimiento, así como de las diferentes fases

Se explicaron los equipos tecnológicos necesarios para el desarrollo de la prueba y qué función tenían Finalmente se dio tiempo a la paciente para que hiciera preguntas y expusiera sus inquietudes.

Diagnóstico de enfermería pre-procedimiento: (00146) Ansiedad

NOC: Nivel de ansiedad (1211)

NIC: Enseñanza: procedimiento/tratamiento [5618]

Las actividades fueron las mismas que en el diagnóstico anterior.

Diagnóstico de enfermería intra- procedimiento:[00004] Riesgo de Infección r/c procedimiento invasivo.

NOC :[2303] Recuperación posterior al procedimiento. [1902] Control del riesgo.

NIC [6540] Control de infecciones. [6550] Protección contra las infecciones

Evitar la transferencia de microorganismos (es decir, lavarse las manos y utilizar guantes limpios desechables). Monitorizar la presencia de signos de infección, inflamación y molestias alrededor del drenaje.

Eliminar los elementos sucios de manera adecuada.

Diagnósticos de enfermería post-procedimiento: (00132) Dolor agudo

NOC: Control del dolor (1605) / Nivel del dolor (2102)

NIC: Manejo del dolor (1400) /Administración de analgésicos (2210)

Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.

Administrar los analgésicos y/o fármacos complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia. Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa. Instaurar y modificar las medidas de control de dolor en función de las respuestas de paciente.

Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración, pero especialmente después de la dosis inicial.

Evolución del caso y conclusiones

A los 5 meses la paciente tiene su fístula funcionando y se observa permeabilidad en todo el acceso vascular.

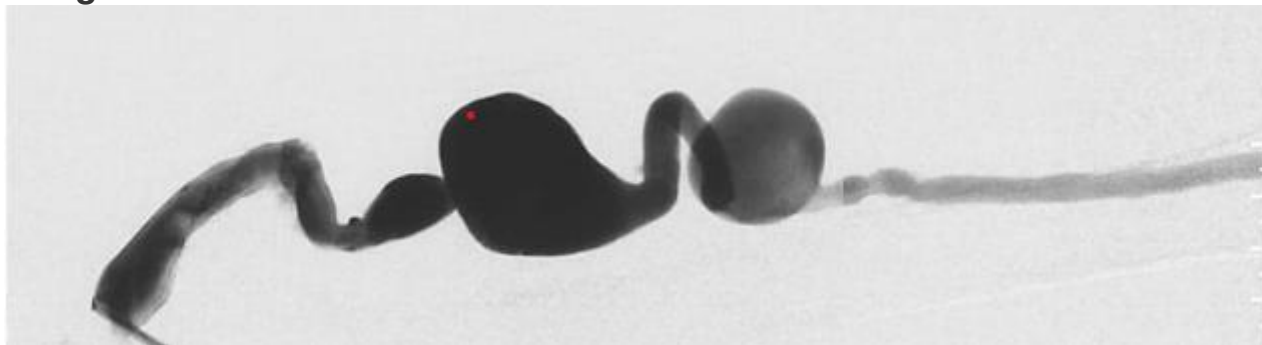
El papel de los stents en el acceso vascular para la hemodiálisis, está discutido, aunque hay una evidencia de aumento de la permeabilidad frente a la ATP convencional.

Las indicaciones actuales del stent en el acceso vascular son:

- Recoil inmediato post- ATP.
- Recidiva post ATP de la misma estenosis
- Ruptura vascular ATP
- Aneurismas venosos sintomáticos

El uso del lenguaje estandarizado y la elaboración de planes de cuidados en las salas de hemodinámica permiten realizar una atención integral del paciente, aumentando de ese modo, la seguridad y la calidad asistencial.

Fotografía del caso



Bibliografía

1. Miranda-Camarero M.V. Cuidados de las fístulas arteriovenosas. Intervenciones y actividades del profesional de Enfermería. Dial Traspl 2010;31:12-6.
2. Sociedad Española de Nefrología. Guía del acceso vascular en hemodiálisis. Disponible en:
http://www.senefro.org/modules/subsection/files/guia_acceso_vascular.pdf?check_idfile=984.(consultel 19-08-2019).
3. Grande Velasco, J. Cuidados de las fistulas arteriovenosas. medidas de Enfermería. Dial Traspl 2011;32:135-6.
4. NANDA Internacional. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: Definiciones y Clasificación, 2009-2011. ^a ed. © 2010. Última reimpresión: 2010. ISBN13: 978848086481-7. Editorial ELSEVIER

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR EN UN PACIENTE CON INFECCIÓN EN PIE DIABETICO.

CABEZAS GARCIA, LAURA ⁽¹⁾; VALENCIA MURCIEGO, ROSA MARIA⁽¹⁾; GARCIA LOPEZ, LAURA⁽¹⁾; BLANCO ALVAREZ, ISABEL⁽¹⁾; CASTILLA GOMEZ DE AGUERO, MARTA⁽¹⁾; MARTINEZ SANCHEZ, VERONICA⁽¹⁾;

⁽¹⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LEON. CIRUGIA VASCULAR

Breve descripción del caso

RESUMEN

Varón de 59 años con ALERGIA A PENICILINAS.

Antecedentes personales: Diabetes mellitus II, Fibrilación auricular e Isquemia crónica estadio 5 de Rutherford.

Valoración general y de la lesión

Acude a urgencias por lesión necrosada en primer dedo pie derecho ha tenido mala evolución, aparece además eritema en dorso del pie.

A la exploración vascular:

En miembro inferior derecho: Pulso femoral y poplíteo mantenidos. Pulsos distales ausentes. Flujos monofásicos de buena amplitud hasta base de dedos.

En miembro inferior izquierdo: Pulsos femoral y poplíteo mantenidos. Pulsos distales ausentes.

Intervenciones y actividades

Procedimientos a realizar:

Se lleva a cabo una limpieza y un desbridamiento con bisturí del tejido necrosado y esfacelado, en quinto metatarso se retiran zonas blandas muy afectadas por la infección, se deja un drenaje con un tejadillo, para favorecer la eliminación del exudado y material infectado de la herida. Esto facilita la reducción de la presión interna en la herida, delimitando la zona infectada.

Tras no lograr avance significativo, se continúa con un desbridamiento quirúrgico, mucho más amplio bajo anestesia local, logrando así eliminar una parte significativa del tejido desvitalizado. Se repite este desbridamiento dos veces más. Después ya con la carga infecciosa más controlada se comienzan a realizar curas cada 24 horas utilizando apósitos de cloruro dialquilcarbamoilo, también conocidos como "DACC".

El cloruro de dialquilcarbamoilo hace que el apósito cuente con un diseño absorbente capaz de capturar bacterias del tejido mediante un derivado altamente hidrofóbico de los

ácidos grasos, para eliminar las bacterias de la herida infectada. Además, colocaremos un apósito desbridante con sulfato de plata para las zonas con esfacelo.

Paralelamente se le realiza una arteriografía + angioplastia transluminal percutánea del tercio medio proximal en la misma cirugía se incluye una limpieza quirúrgica de la articulación metatarso-falángica.

Evolución del caso y conclusiones

Al alta:

Presenta pulsos femoral y poplíteo mantenidos, y logra recuperar los flujos distales bifásicos. Mantenemos seguimiento de este paciente que en estos momentos aún mantiene cultivos positivos de las lesiones, por lo que descartamos de momento terapia de presión negativa. Se mantiene pauta de antibiótico según antibiograma vía oral en domicilio.

Se cita en la unidad de curas de cirugía vascular cada semana para mantener un seguimiento estrecho de la evolución.

BIBLIOGRAFÍA:

- Cooper, R., & Jenkins, L. (2016). Binding of two bacterial biofilms to dialkyl carbamoyl chloride (DACC)-coated dressings in vitro. *Journal of wound care*, 25(2), 76–82. <https://doi.org/10.12968/jowc.2016.25.2.76>

- Morilla-Herrera, J. C., Morales-Asencio, J. M., Gómez-González, A. J., Díez-De Los Ríos, A., Lupiáñez-Pérez, I., Acosta-Andrade, C., Aranda-Gallardo, M., Moya-Suárez, A. B., Kaknani-Uttumchandani, S., & García-Mayor, S. (2020). Effectiveness of a hydrophobic dressing for microorganisms' colonization of vascular ulcers: Protocol for a randomized controlled trial (CUCO-UV Study). *Journal of advanced nursing*, 76(8), 2191–2197. <https://doi.org/10.1111/jan.14412>



EXPERIENCIA EN EL USO DE UN APÓSITO ANTIOXIDANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Valencia Murciego, Rosa Maria⁽¹⁾; Alvarez Rodriguez, Silvia⁽²⁾; Garcia Lopez, Laura⁽²⁾; San Martin Miguel, Jennifer⁽²⁾; Gutierrez Fuertes, Lucia⁽²⁾; Diez Polo, Teresa⁽²⁾;

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LEÓN. CIRUGIA VASCULAR. DE LEON. CIRUGIA VASCULAR

(2) HOSPITAL UNIVERSITARIO

Breve descripción del caso

RESUMEN: Paciente varón de 68 años, no alergias conocidas. Diabetes mellitus tipo 2. Fibrilación auricular. Claudicación intermitente

Valoración general y de la lesión

EXPLORACION:

Presenta patología femoro-poplítea en miembro inferior izquierdo(MII), flujo popliteo bifásico y distal monofásicos.

Lesión necrótica en cara lateral del 4º dedo, esfacelada, con drenaje purulento a la presión. Celulitis en antepie, con signos clínicos de infección.

DIAGNOSTICO AL INGRESO: Pie diabético isquémico-infeccioso en MII

Intervenciones y actividades

INTERVENCIONES:

Preciso intervención quirúrgica urgente con amputación abierta del 4º dedo así como cirugía de revascularización en MII (21/12/23)

Durante su ingreso se pauto antibioterapia según antibiograma, así como tratamiento anticoagulante con heparina de bajo peso molecular.

Al alta de la unidad de hospitalización de cirugía vascular (9/1/24), pulso poplíteo positivo.

Lecho de amputación abierto del 4º dedo y ulcera en dorso de pie con abundante fibrina.

Evolución del caso y conclusiones

Se cita a las 48h en la Unidad Multidisciplinar Vascular, adscrita a la planta de hospitalización de Cirugía Vascular en el Hospital de León.

En esta primera cura 11/1/24, se hace una valoración de las lesiones:

El vendaje saturado, con un mal control del exudado. sin signos de infección, piel

perilesionar macerada, la amputación abierta del 4º dedo, con mucha fibrina, la lesión del dorso del pie de unos 3x2cms cavitada 0,5 cms con exposición tendinosa, fibrina y tejido esfacelar.

Se recoge cultivo de ambas lesiones. Se realiza limpieza con cepillo de clorhexidina, ponemos fomento con polihexamida y betaina tras el cual procedemos a desbridar con bisturí todo el esfacelo que es posible retirar.

Mantenemos pauta de curas previa que era colagenasa ácido hialurónico y alginato, protegemos piel perilesional con crema con óxido de zinc (al 40%), hidratando resto de pie con crema emoliente y poniendo un vendaje de protección algodonosa.

A lo largo de la cura realizamos educación para la salud, insistiendo en la necesidad de unos correctos hábitos dietéticos.

Mantenemos esta pauta dos curas más, tras un cultivo negativo, decidimos cambiar la pauta de curas y después de la higiene, aplicamos en lecho de ambas lesiones un apósito antioxidante formado por ingredientes naturales (Goma de algarrobo, Cúrcuma y Acetilcisteína) y como apósito secundario un alginato con el objeto de controlar el exudado, se protege piel perilesional. (18/1/24)

A las 48h se realiza nueva cura objetivando una mejoría de las lesiones.

El tratamiento con el apósito antioxidante en las lesiones de este paciente ha conseguido:

La eliminación de los tejidos no viables del lecho de ambas lesiones, la inducción de la formación de tejido de granulación, mas visible en la amputación abierta del 4º dedo, la activación de los bordes de las lesiones, se ha reducido del dolor y se ha conseguido una epitelización sobre la zona del tendón expuesto que tanto nos preocupaba.

Las curas se realizan cada siete días, con el beneficio que esto supone al paciente y al sistema sanitario. El 1 de Abril 24, las lesiones están cicatrizadas, es alta de la UMV. Se ha conseguido este resultado en 9 semanas.



BIBLIOGRAFIA:

1. Di Meo, S., Reed, T.T., Venditti, P., et al. Role of ROS and RNS Sources in Physiological and Pathological Conditions. *Oxid Med Cell Longev*;2016:1–44. Doi: 10.1155/2016/1245049.
2. Armstrong, D., Stratton, R.D. *Oxidative Stress and Antioxidant Protection: The Science of Free Radical Biology and Disease*. John Wiley & Sons; 2016.
3. Castro B., Bastida F., Segovia T., López Casanova P., Soldevilla J., Verdú-Soriano J. The Use Of An Antioxidant Dressing On Hard-To-Heal Wounds: A Multicentre, Prospective Case Series. *Journal Of Wound Care* 2017; (26) No12: 742-750

ABORDAJE DE LESIONES EXUDATIVAS CON APÓSITO DE FIBRAS POLIABSORBENTES CON MATRIZ TLC-NOSF Y BORDES ADHESIVOS

Fernandez Morro, M Carmen⁽¹⁾; García Santisteban, Laura⁽¹⁾; Exposito Vico, Myriam⁽¹⁾; Martínez Callejas, Marina⁽¹⁾;

⁽¹⁾ Hospital Universitario de Bellvitge

Breve descripción del caso

Se presenta el caso de una paciente de 88 años con antecedentes de Diabetes Mellitus II, insuficiencia renal crónica, hipotiroidismo, anemia, hipertensión, y Síndrome isquémico Crónico IV de extremidad inferior derecha que precisa ser intervenida de angioplastia transluminal percutánea poplítea con colocación de stent. Durante el postoperatorio inmediato presentó edema generalizado con posterior aparición de flictenas que derivaron en una lesión extremidad inferior

Valoración general y de la lesión

Paciente frágil con antecedentes descritos anteriormente que presenta flictena en la zona tibial tras una descompensación de su insuficiencia renal crónica con un edema generalizado. La paciente tiene signos de insuficiencia arterial periférica. Se observa piel pálida, fría y frágil. Dolor moderado. Primero presenta flictena que se convierte en lesión tras la pérdida de la capa superficial de la pie.

La lesión es superficial, en el lecho de la herida se observa una pérdida de la continuidad entre la dermis y la epidermis, por lo que se observa color blanquecino. La extensión es de aproximadamente 4cm x 2cm, con forma ovalada, presenta moderado exudado seroso y tiene los bordes perilesionales íntegros.

Intervenciones y actividades

Debido a que se trata de una herida superficial con exudado moderado y limpia donde se observa tejido de granulación, se decide iniciar curas con el apósito de matriz cicatrizante TLC-NOSF con bordes adhesivos y fibras poliabsorbentes (Urgostar border®). Se realizan curas cada 48 horas durante 15 días.

Evolución del caso y conclusiones

Tras realizar el seguimiento durante 15 días, se observa una disminución del exudado y una disminución de la extensión de la lesión, llegando a la cicatrización definitiva de la esta.

Conclusiones:

Las fibras poliabsorbentes permiten una limpieza continua a través de un desbridamiento electrostático y la absorción del exudado, la tecnología TLC-NOSF neutraliza el exceso de metaloproteinasas aportando equilibrio a la herida y promoviendo así una cicatrización

más rápida; y finalmente los bordes de fácil adherencia permiten mantener en óptimo estado la piel perilesional. Todo esto permite espaciar las curas y conseguir un mejor coste-beneficio en la cura de las heridas complejas.



BIBLIOGRAFIA:

1. Allué Gracia MA, Ballabriga Escuer MS, Clerencia Sierra M, Gállego Domenec L, García Espot A, Moya Porté MT. Heridas crónicas : un abordaje integral [Internet]. Colegio Oficial de Enfermería de Huesca. 2012. 11–70 p. Available from: http://www.ulcerasmadrid.es/download_file/view/103/389.pdf%0Awww.codem.es/Adjuntos/CODEM/.../heridaschronicas.pdf
2. Gómez PB, Martínez MB, Pérez RC, Pérez SC, Collado FG, Coiduras JMG, et al. Situación actual sobre el manejo de heridas agudas y crónicas en España: Estudio ATENEA. Gerokomos. 2013;24(1):27–31.
3. Atenea E, Barrenengoa AZ. Situación actual sobre el manejo de heridas agudas y 42 crónicas en España : 2013;

COMBINACIÓN ENTRE TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA Y DIFERENTES APÓSITOS PARA LA CURA DE LESIONES COMPLEJAS

García, Laura⁽¹⁾; Expositivo Vico, Myriam ⁽¹⁾; Fernandez Morro, M Carmen⁽¹⁾; Martínez Callejas, Marina⁽¹⁾;

⁽¹⁾ Hospital Universitario de Bellvitge

Breve descripción del caso

OBJETIVO: Describir los resultados al aplicar TPN combinada con malla impregnada de hidrocoloide, vaselina, parafina y TLF-NOSF; la combinación de TPN con gel proteasa activa, alantoína y bisabolol; y la TPN asociada a instilación con solución tópica antimicrobiana.

Se revisan los siguientes casos:

CASO 1: Hombre 69 años con antecedentes de hipertensión, diabetes mellitus II, que presenta necrosis digitales en segundo y tercer dedo pie izquierdo sobreinfectadas. Se somete a intervención de bypass femoropoplíteo y amputación digital abierta de la extremidad inferior izquierda.

CASO 2: Hombre de 78 años con antecedentes de hipertensión, diabetes Mellitus II, insuficiencia cardíaca y fibrilación auricular, que presenta una úlcera en el dorso pie izquierdo. Se le realiza una angioplastia transluminal percutánea de la extremidad.

CASO 3: Hombre 67 años con antecedentes de hipertensión, diabetes Mellitus II, cardiopatía isquémica y fibrilación auricular. Presenta úlcera necrosada extensa en gemelo izquierdo. Se le realiza un bypass femorotibial en la extremidad.

Valoración general y de la lesión

CASO 1: Paciente con extremidad caliente y normocoloreada. Dolor leve. En la primera cura se observa amputación de segundo y tercer dedo abierta y cavitada 5-7 cm aproximadamente y con tejido de granulación en el lecho. Piel perilesional enrojecida y la lesión no es exudativa.

CASO 2: Paciente que presenta extremidad caliente, edematosa y enrojecida. En la primera cura, se observa lesión en la zona del dorso del pie con lecho esfacelado y profunda 3-4 cm, con forma ovalada, bordes macerados y con exudado moderado. Refiere dolor severo a la manipulación. Piel perilesional edematosa.

CASO 3: Paciente que presenta extremidad con escara necrótica extensa y con signos de sobreinfección, que se decide desbridamiento quirúrgico. La evolución de la lesión es tórpida. Posterior a escarectomía observamos un lecho con abundante tejido de granulación, forma alargada con una extensión de 30cm x 10cm aproximadamente que ocupa toda la parte interna gemelar. Dolor severo a la manipulación. Piel perilesional

intacta. Bordes con buen aspecto.

Intervenciones y actividades

CASO 1: Se inicia TPN asociada a malla impregnada de partículas de hidrocoloide, vaselina, parafina y TLF-NOSF.

CASO 2: Se inicia TPN asociada a gel proteasa activa (serin-proteasa), alantoína y bisabolol.

CASO 3: Se inicia TPN con instilación de solución tópica antimicrobiana. Todas las curas se cambian dos veces por semana y durante 2 semanas.

Evolución del caso y conclusiones

Las úlceras en todos los casos presentan una disminución de la profundidad y extensión, un aumento del tejido de granulación y una aproximación de los bordes.

CONCLUSIONES

La elección de la terapia de presión negativa evidencia un mejor manejo de las heridas con evolución tórpida y extensas. Combinándola con estos productos, se evidencia una evolución más rápida del tejido de granulación, una disminución de las dimensiones de la herida y un control adecuado de la infección, y si no se trata correctamente, retrasa la cicatrización. A nivel de recursos, ayuda a reducir la estancia hospitalaria, optimizar recursos y evitar otras maniobras más agresivas, mejorando así la calidad asistencial.

Bibliografía

- (1) Claribeth Guarín-Corredor¹ • Paola Quiroga-Santamaría¹ • Nancy Stella Landínez-Parra MSc² (2013). Proceso de Cicatrización de heridas de piel, campos endógenos y su relación con las heridas crónicas. Wound healing process of skin, endogenous fields related and chronic wounds. Rev. Fac. Med. 2013 Vol. 61 No. 4: 441-448
- (2) Lozano, J. S., & Pizarro, S. M. (2023). Terapia de presión negativa en úlceras de pie diabético. Revisión de la literatura. Enfermería Dermatológica, 17(50), 21-25.
- (3) Diehm, Y. F., Loew, J., Will, P. A., Fischer, S., Hundeshagen, G., Ziegler, B., ... & Hirche, C. (2020). Negative pressure wound therapy with instillation and dwell time (NPWTi?d) with VAC VeraFlo in traumatic, surgical, and chronic wounds—A helpful tool for decontamination and to prepare successful reconstruction. International Wound Journal, 17(6), 1740-1749.

TERAPIA LARVAL EN HERIDA QUIRÚGICA DE MALA EVOLUCIÓN TRAS REVASCULARIZACIÓN EN SÍNDROME ISQUÉMICO CRÓNICO

Martínez Callejas, Marina⁽¹⁾; Fernández Morro, M Carmen⁽¹⁾; García Santisteban, Laura⁽¹⁾; Expositivo Vico, Myriam⁽¹⁾;

⁽¹⁾ Hospital Universitario de Bellvitge

Breve descripción del caso

OBJETIVO: Demostrar la efectividad de la terapia larval (BioBag Larvas ®) en heridas complejas de mala evolución con presencia de esfacelo e infección.

CASO: Paciente de 81 años con antecedentes de Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus II, Dislipemia y fumador que ingresa por síndrome isquémico crónico de extremidad inferior izquierda con lesión digital sobreinfectada. Acude a urgencias por mal control del dolor, empeoramiento de las lesiones del pie y ausencia de pulsos distales. Se le realiza una Angioplastia Transluminal Percutánea y amputación abierta del 2º-3º dedo del pie izquierdo. Durante el post-operatorio presenta mala evolución de la herida quirúrgica con abundante presencia de esfacelo en el lecho y signos de infección.

Valoración general y de la lesión

Paciente tras revascularización presenta extremidad normocoloreada y caliente. Se observa buena perfusión distal, palpando pulsos poplíteos pero no distales. Al destapar amputación digital se observa lecho desvitalizado con tejido necrótico húmedo, mal oliente, exudado escaso, bordes delimitados y piel perilesional intacta. Lesión cavitada de unos 10cm aproximadamente. No presenta dolor por posible neuropatía asociada.

Intervenciones y actividades

Debido a la mala evolución de la herida con diferentes terapias previas, se propone iniciar la terapia larval (BioBag Larvas ®).

Se realizan curas con la terapia larval durante 5 semanas, cambiando semanalmente las larvas que vienen preparadas en bolsas estériles micro-perforadas. Valoramos el lecho de la herida y el pie diariamente realizando curas estériles y cambios de vendaje para mantener la humedad y el entorno óptimo de las larvas. Se llevan a cabo cuatro desbridamientos mecánicos en el momento de la cura durante estas 5 semanas.

Evolución del caso y conclusiones

Tras llevar a cabo el seguimiento durante 5 semanas, se observa la eliminación del esfacelo de la herida en gran medida y el crecimiento de tejido sano. La infección mejora con las curas y la administración de antibiótico endovenoso y posteriormente vía oral.

La terapia larval en heridas complejas de mala evolución muestra una gran efectividad a la hora de conseguir un lecho de la herida en correctas condiciones. Disminuye el esfacelo y tejido necrótico de la herida, así como la carga bacteriana del tejido infectado permitiendo así una correcta evolución de la herida.



Bibliografía:

- (1) Allué Gracia MA, Ballabriga Escuer MS, Clerencia Sierra M, Gállego Domenec L, García Espot A, Moya Porté MT. Heridas crónicas : un abordaje integral [Internet]. Colegio Oficial de Enfermería de Huesca. 2012. 11–70 p. Available from: http://www.ulcerasmadrid.es/download_file/view/103/389.pdf%0Awww.codem.es/Adjuntos/CODEM/.../heridascronicas.pdf
- (2) Raposio, E., Bortolini, S., Maistrello, L., & Grasso, D. A. (2017). Larval Therapy for Chronic Cutaneous Ulcers: Historical Review and Future Perspectives. *Wounds : a compendium of clinical research and practice*, 29(12), 367–373. Available from: <https://www.hmpgloballearningnetwork.com/site/wounds/article/larval-therapy-chronic-cutaneous-ulcers-historical-review-and-future-perspectives>
- (3) Morris, D., Flores, M., Harris, L., Gammon, J., & Nigam, Y. (2023). Larval Therapy and Larval Excretions/Secretions: A Potential Treatment for Biofilm in Chronic Wounds? A Systematic Review. *Microorganisms*, 11(2), 457. <https://doi.org/10.3390/microorganisms11020457>. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9965881/>

Optimización del Lecho en Heridas Crónicas Complejas con Matriz Extracelular: Experiencia en Atención Primaria

de la Cruz Tome, Daniel⁽¹⁾; Pinero Jimenez, Beatriz⁽¹⁾; Caballero Jimenez, Maria Alejandra ⁽¹⁾;

⁽¹⁾ Centro Salud El Escorial

Breve descripción del caso

Varón, 57 años, antecedentes de alergia a penicilinas y cefalosporinas, historial de traumatismo por accidente de tráfico en la infancia, fracturas múltiples en ambos miembros inferiores), amputación previa de tercio proximal de miembro inferior izquierdo en 2013, (debido a carcinoma espinocelular), enfermedad pulmonar obstructiva crónica y hábito tabáquico en la actualidad. Colecistectomizado.

Presenta lesión en pierna derecha, a nivel de meseta tibial, categoría III- IV, cronicidad de 20 años, con presencia de tejido desvitalizado en forma de esfacelos, hueso expuesto, signos clínicos de infección local/biofilm, y tumefacción/ edema en la extremidad.

Valoración general y de la lesión

Lesión en miembro inferior derecho, caracterizada por su compleja evolución, con recurrencias tras intentos previos de cierre.

Se aplicaron diversas intervenciones terapéuticas tras una evaluación integral, optando finalmente ante la persistencia del estancamiento en fase inflamatoria, por el uso de matriz extracelular ovina(MEC) para reducir la actividad metaloproteásica y favorecer la cicatrización.

En este estudio, se evalúa una alternativa para la optimización del lecho de heridas crónicas, dirigida a mitigar los niveles elevados de metaloproteasas, comúnmente presentes en estas lesiones, mediante el uso de apósitos con matriz extracelular de origen ovino.

Intervenciones y actividades

Objetivos

1. Fomentar la cicatrización de heridas crónicas en las extremidades inferiores, cuya evolución prolongada plantea desafíos clínicos significativos.
2. Evaluar la eficacia de la matriz extracelular derivada del pre-estómago ovino, como recurso estéril y de un solo uso, en la optimización del lecho de heridas crónicas complejas en el contexto de la Atención Primaria.

Estrategia de intervención

Abordaje integral y procedimiento de cura en ambiente húmedo (CAH) , basado en higiene de la herida y aplicación de MEC:

1. Limpieza: SSF 0,9% + solución biocida (fomentos ácido hipocloroso), previa a desbridamiento parcial cortante con cureta ,de tejido desvitalizado en diferentes sesiones, para saneamiento de lecho y bordes.
2. Remodelación y acondicionamiento de bordes: Protección de piel perilesional (spray de polímeros acrílicos). Emolientes y/o AGHO en toda la extremidad/ zonas de riesgo.
3. Aplicación de MEC.
4. Reevaluación en cada cambio de apósito: Propuesta inicial cada 72 horas, (primera semana),
posteriormente cura semanal.
5. Educación estructurada y continua al paciente.

Evolución del caso y conclusiones

Mejoría notable en el proceso de cicatrización de la lesión, a las 8 semanas de tratamiento: Reducción del área de superficie de la herida e incremento significativo en la formación de tejido de granulación.

Biocompatibilidad y capacidad de integración de esta matriz con el tejido circundante, minimizando el riesgo de reacciones adversas.

Mejora relación costo/eficacia: Reducción frecuencia de curas, costes directos/indirectos, garantizando continuidad y calidad asistencial, evitando variabilidad clínica interprofesional.

Mejor calidad de vida del paciente.

Se subraya la importancia de acceder a esta tecnología en el ámbito de la Atención Primaria, así como la necesidad de formación para garantizar una atención óptima a los pacientes.

Fotografía del caso**Bibliografía**

1. G. A. Bohn, G. S. Schultz, B. A. Liden, M. N. Desvigne, E. J. Lullove, I. Zilberman, M. B. Regan, M. Ostler, K. Edwards, G. M. Arvanitis and J. F. Hartman: Proactive and Early Aggressive Wound Management: A Shift in Strategy Developed by a Consensus Panel Examining the Current Science, Prevention, and Management of Acute and Chronic Wounds. *Wounds*, 29(11), S37-S42 (2017).
2. S. Lun, S. M. Irvine, K. D. Johnson, N. J. Fisher, E. W. Floden, L. Negron, S. G. Dempsey, R. J. McLaughlin, M. Vasudevamurthy, B. R. Ward and B. C. May: A functional extracellular matrix biomaterial derived from ovine forestomach. *Biomaterials*, 31(16), 4517- 29 (2010) doi:10.1016/j.biomaterials.2010.02.025.
3. Smith MJ, Dempsey SG, Veale RW, et al. Further structural characterization of ovine forestomach matrix and multi-layered extracellular matrix composites for soft tissue repair. *Journal of Biomaterials Applications*. 2022;36(6):996-1010.

ABORDAJE DE UNA ULCERA VENOSA EN PACIENTE CON NEGACIÓN A LA TERAPIA DE COMPRESION

Vazquez Rodriguez, Belen⁽¹⁾; Baños Lazaro, Yolanda⁽²⁾; Osses Gonzalez, Valentina ⁽²⁾; Bonilla Sanchez, Rosa María ⁽²⁾;

⁽¹⁾ Hospital Universitario ⁽²⁾ Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

Breve descripción del caso

Caso clínico de una paciente de 90 años de edad con AP de DM tipo II e insuficiencia venosa crónica CEAP 4. A través de este caso clínico se muestra la importancia de la compresión como tratamiento fundamental en este tipo de úlceras y las estrategias necesarias para conseguir aplicar una terapia compresiva en una paciente con un rol dominante y actitud desafiante

Valoración general y de la lesión

La paciente presenta el 04/07/2023 una úlcera venosa en zona supramaleolar del MII de 14 meses de evolución. Se realiza seguimiento en la consulta hasta el 27/07/2023 con buena evolución. Pasa a seguimiento por AP hasta el 13/09/2023 que acude a nuestra unidad con nueva lesión de un mes de evolución en zona supramaleolar externa D de grandes dimensiones, muy exudativa, bordes excavados, dolorosa y con signos locales de infección. Ambos MMII edematosos

Intervenciones y actividades

Se realizan curas en ambiente húmedo siguiendo el modelo TIMERS y en todas las visitas se explica a la paciente la necesidad de una tratamiento con terapia compresiva a lo cual la paciente se niega por una mala experiencia anterior con terapia compresiva con vendaje multicapa.

Desde el 13/09/2023 con lesión en zona supramaleolar externa D. Se recogen cultivos de las lesiones en 5 ocasiones y se pauta tratamiento antibiótico oral en varias ocasiones.

Se utiliza la técnica asertiva disco rayado para conseguir nuestro objetivo de colocar un sistema de compresión

En el mes de noviembre es valorada por cirugía vascular con diagnóstico Insuficiencia crónica con CEAP 4 y recomendación de terapia compresiva y continúa negándose

Evolución del caso y conclusiones

Después de 5 meses con curas en ambiente húmedo con evolución desfavorable y con una de casi toda la circunferencia del tercio tibia distal y con dolor en aumento le planteo a la paciente la necesidad urgente de una terapia compresiva y accede a colocarse una doble media de compresión (40mmHg). A la semana la evolución es tan favorable que la paciente empieza a confiar en la terapia de compresión. A las 2 semanas accede a llevar un vendaje compresivo multicapa en el MII pues la paciente refiere muchas dificultades para la colocación de la media en el MID.

En la semana 3 la paciente solicita vendaje multicapa en ambas piernas.

CONCLUSIONES:

La terapia compresiva es el pilar fundamental del tratamiento de las úlceras venosas. Se ha conseguido en un mes con la terapia compresiva lo que no pudimos conseguir en 8 meses con curas en ambiente húmedo. Ha sido necesario una evolución de meses desfavorable para convencer a la paciente del uso de una terapia compresiva.



Bibliografía

Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas. Guía de práctica clínica: Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético. Tercera edición. Madrid: AEEVH, 2017

M^o Luisa Paniagua Asensio. Lesiones relacionadas con la dependencia: prevención, clasificación y categorización. Documento Clínico 2020

International Wound Infection Institute (IWII) La infección de heridas en la práctica clínica. Wounds International. 2022.

Manejo de lesiones vasculares en el paciente institucionalizado: Unidad de Atención a Residencias

GÓMEZ PINO, TERESA⁽¹⁾; MARTÍN -CARO ÁLVAREZ, DIEGO⁽¹⁾; BAUTISTA FERNANDEZ , ANDREA⁽²⁾; GARCIA IGLESIAS, JAVIER ⁽¹⁾; ALONSO BONETE, LARA ⁽¹⁾; CORDERO RODRIGUEZ, MARIA BELARMINA⁽¹⁾;

⁽¹⁾ UNIDAD DE ATENCIÓN A RESIDENCIAS ⁽²⁾ ENFERMERA RESIDENCIA

Breve descripción del caso

Durante la pandemia, la Comunidad de Madrid hace que se constituyan los equipos específicos para la atención presencial a las residencias, llamados Unidad de Atención a Residencias (UAR). Estas unidades son dispositivos asistenciales específicos de Atención Primaria en la Comunidad de Madrid, encaminados, entre otros aspectos, a optimizar la atención al mayor institucionalizado, evitar o minimizar problemas sanitarios, teniendo como objetivo general mejorar la calidad y seguridad asistencial en los centros sociosanitarios, el estado de salud, la autonomía y funcionalidad de sus usuarios.

La aparición de úlceras en los pacientes mayores que están institucionalizados supone un deterioro importante de su calidad de vida. La falta de progresión en la mejora de la lesión debe ser motivo de revisar la pauta en el tratamiento de la misma.

Mujer de 86 años, como antecedentes personales de interés la paciente presenta demencia tipo Alzheimer avanzada GDS 6 además de hipertensión, anemia de trastornos crónicos, fibrilación auricular, prótesis de rodilla y de cadera derecha, con patología vascular crónica. En tratamiento con anticoagulantes orales, hierro y diuréticos.

Valoración general y de la lesión

Presenta una úlcera vascular estadio II en zona pretibial de miembro inferior izquierdo, de seis meses de evolución, en eco doppler pulso femoral y poplíteo conservado, pulsos distales dudosos.

Lesión de unos 3x2,5 cm de diámetro y 1,5 cm de profundidad de 6 meses de evolución. Dolor: 8 en la escala numérico verbal de 1 a 10. Exudado: moderado. Estado de la piel: dermatitis y maceración en piel perilesional. Lecho de la herida: presentahipergranulación.

Intervenciones y actividades

Las enfermeras de la UAR en consenso con la enfermera del centro residencial y el centro de salud, tras la valoración de la lesión se decide iniciar tratamiento con el apósito Biatain® Fiber, apósito primario de fibra hidrocoloide, indicado con exudado de moderado alto, favorece la cicatrización y la cura en ambiente húmedo proporcionando un control eficaz del exudado gracias a su alta capacidad de absorción.

Evolución del caso y conclusiones

A los 7 días se observa mejoría, presentando buen control del exudado ligera disminución del diámetro de la lesión, así como de su profundidad y a los 14 días la herida ha disminuido su tamaño de manera considerable.

La creación de la UAR ha permitido una mayor dedicación de tiempo de los profesionales sanitarios a este perfil de pacientes, esto ha posibilitado poder hacer un mayor seguimiento de las lesiones del paciente institucionalizado.

Tras hacer una valoración conjunta por parte de la UAR, centro de salud y residencia de mayores se decidió iniciar el tratamiento con este producto, que no se había utilizado anteriormente en el centro residencial.

Gracias a la aplicación de este producto, se han obtenido buenos resultados y se ha reducido la carga de trabajo del personal de enfermería ya que el apósito Biatain® Fiber puede permanecer en la lesión hasta 7 días después de su aplicación.

Con la utilización de este tratamiento, hemos conseguido reducir las molestias del paciente gracias al efectivo control del exudado, evitar la maceración y proporcionar unas características idóneas para la curación de las heridas.



INICIAL



INICIAL

Bibliografía

Apósito hidrocoloide de fibra [Internet]. Menos días con heridas. 2020 [Consultado el 26 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.menosdiasconheridas.com/aposito-hidrocoloide-de-fibra-biatain-fiber/>



A LOS 7 DÍAS



A LOS 14 DÍAS

Optimización de la Curación de Úlcera por Presión Utilizando Flaminal: Un Estudio de Caso

Galindo Cantillo, Verónica⁽¹⁾;

(1) Atención Primaria

Breve descripción del caso

Las úlceras por presión (UPP) representan un desafío clínico significativo en el cuidado de pacientes con movilidad limitada. Flaminal, un apósito y gel de curación de heridas, ha surgido como una opción prometedora en el manejo de UPP debido a sus propiedades de limpieza de heridas y promoción de la cicatrización. Se presenta un caso clínico donde se evalúa la eficacia de Flaminal en la curación de una úlcera por presión talar en un paciente geriátrico.

Valoración general y de la lesión

1ª visita: valoración integral del paciente en su domicilio y gradación de la úlcera.

Paciente de 76 años de edad, alzheimer, DM2 e HTA, dependiente para todas las actividades básicas de la vida diaria. Vida cama-sillón.

Cuidador principal su esposa.

Las medidas de prevención de lesiones relacionadas con la dependencia no se han llevado a cabo en este paciente (no tiene colchón antiescaras, no se realizan cambios posturales, se realiza la escala del MNA presentando desnutrición)

Presenta úlcera por presión estadio III en talón izquierdo de dos semanas de evolución. Placa necrótica húmeda, con exudado moderado. EVA 7/10.

Intervenciones y actividades

Se inicia preparación del lecho de la herida, limpieza de la misma con suero y fomentos con polihexanida/betaina, desbridamiento cortante de la placa necrótica húmeda en talón izquierdo y curas con colagenasa diariamente, con protección de bordes con óxido de zinc y gasas como apósito secundario y talonera de espuma. Resvech de 14.

Evolución de la UPP talar grado III, tras 14 días con colagenasa combinado con desbridamiento cortante. Viendo la escasa evolución, se decide modificar las curas e iniciar tratamiento con FLAMINAL HYDRO diariamente, protección de bordes con óxido de zinc y espuma de poliuretano. Todo acompañado de la batería de prevención de lesiones por presión: colchón antiescaras, cambios posturales, AGHO en prominencias, nutrición (se deriva al paciente a la Enfermera Gestora de Casos para la valoración nutricional y suplementos proteícos).

Evolución del caso y conclusiones

Se realiza seguimiento telemático con su enfermera de cupo, tras dos semanas con evolución muy favorable así como mejoría del dolor (EVA 2/10), se pasan a curas cada 48h con flaminial hydro.

Resultados:

Reducción significativa del tejido esfacelero así como del tamaño de la úlcera por presión después de dos semanas de tratamiento con Flaminial.

Mejora notable en la apariencia de la herida y el tejido circundante. Paciente reportó reducción del dolor y mayor confort durante el tratamiento. Conclusiones:

Flaminial demostró ser eficaz en la curación de úlceras por presión en este caso clínico.

Su aplicación facilitó la limpieza de la herida y promovió la cicatrización sin efectos adversos significativos.

Flaminial representa una opción prometedora en el manejo de úlceras por presión, mejorando los resultados clínicos y la calidad de vida del paciente.



ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA COMO NEXO PARA LA ADECUADA ATENCIÓN AL PACIENTE CON HERIDAS CRÓNICAS

Calleja Merino, David⁽¹⁾; Castañeda Palma, María de los Ángeles⁽¹⁾; González Villegas, María Lucía⁽¹⁾; Cárcamo Baena, Jesús⁽¹⁾; Zambrano Olivo, María Carmen⁽¹⁾;

⁽¹⁾ Hospital Universitario Virgen Macarena

Breve descripción del caso

Nos encontramos con JFP, paciente de 82 años con lesiones vasculares en miembros inferiores (MMII) de más de un año de evolución, en seguimiento por cirugía vascular, que ingresa en hospitalización con diagnóstico de celulitis.

A cargo de medicina interna y con pauta de curas por parte de cardiovascular, su médico decide contactar con el Enfermero de Práctica Avanzada de Heridas Crónicas Complejas (EPA-HCC) del hospital por evolución tórpida de las lesiones durante su estancia.

Esta decisión, genera una serie de circunstancias que hacen que el paciente reciba una atención multidisciplinar tanto intra como extrahospitalaria, mejoren sus lesiones y su calidad de vida, y pueda ser dado de alta con seguimiento para un injerto cutáneo, descartándose la posible amputación propuesta en el ingreso.

Valoración general y de la lesión

Paciente de 82 años de edad sin antecedentes familiares relevantes y con alergia a alopurinol.

Antecedentes personales: Hipertensión arterial, dislipemia, obesidad, insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular, adenocarcinoma de próstata, SAOS grave, úlceras venosas crónicas que han generado varias visitas a urgencias.

Con dependencia severa y riesgo medio de padecer lesión por presión, según Índice de Barthel y escala de Braden. Deambulación afectada por dolor en MMII.

EVA de 9 al ingreso, que disminuye hasta 4 al alta.

Paciente consciente, orientado y colaborador, en reposo absoluto desde su ingreso, normotenso, febrícula los primeros días, normocárdico.

Pruebas complementarias: Analítica sanguínea completa, radiografía de tórax y electrocardiograma. Exudado de lesiones con presencia de pseudomonas aeruginosa.

Eco doppler venoso con cambios post-trombóticos en venas safenas externas. Valoración de lesiones venosas de miembro inferior derecho (MID) e izquierdo (MII):

- MID: lesión que ocupa casi la totalidad de la pierna hasta maléolos, sin incluir pie. Pulsos pedio y tibial conservados. Tejido necrótico seco y húmedo en menor cantidad, bordes envejecidos dañados, exudado purulento abundante, mal olor, eritema y edema perilesional, dolor en aumento (EVA 9). 540cm² en total.
- MII: lesiones múltiples con tejido esfacelar y granulación en menor cantidad. Pulsos pedios y tibial conservados. Afectación tejido subcutáneo, exudado seroso moderado, eritema perilesional, bordes dañados, dolor en aumento, lesiones satélite, tejido compatible con biofilm. Dimensiones de 144cm² en total.

Intervenciones y actividades

Paciente a cargo de medicina interna, con pauta de curas por parte de cirugía cardiovascular. Tras varios días de ingreso sin mejoría, ya en tratamiento antibiótico, internista decide contactar con EPA-HCC para valoración, ya que se está barajando la amputación del MID.

EPA-HCC aconseja valoración conjunta con cardiovascular, ya que tiene pauta por su parte. Una vez valorado el paciente por ambos referentes, se realiza desbridamiento quirúrgico de MID, y cardiovascular elimina su pauta, dejando al EPA-HCC a cargo del tratamiento de las lesiones.

Se comienza entonces con curas diarias, fomento de solución desinfectante con betaína/polihexanida, desbridamiento cortante de tejido desvitalizado. Se coloca apósito de captación bacteriana con cloruro de diacrilcarbamil y apósito de alginato. Protegemos piel perilesional con Película Barrera No Irritativa y se comienza con terapia compresiva con corta tracción en reposo.

Evolución del caso y conclusiones

El paciente es valorado por cirugía plástica por indicación de EPA-HCC, que deciden seguimiento al alta para posible injerto cutáneo.

Doce días más tarde es dado de alta, con un Resvech en MII que pasa de 21 a 11 y en MID de 27 a 16, sin ningún signo de infección y con predominio de tejido de granulación y epitelización.

Al alta se contacta con EPA-HCC de atención primaria y con enfermero referente para seguimiento adecuado.

La actuación del EPA-HCC en el manejo del paciente con heridas es indiscutible, pero hay que señalar la importancia de la coordinación y colaboración con los demás referentes para que los pacientes tengan las mejores oportunidades posibles y el tratamiento adecuado en cada momento.

XXXV

CONGRESO NACIONAL
DE ENFERMERÍA VASCULAR Y HERIDAS

ALCALÁ DE HENARES 6 • 7 JUNIO 2024

<https://www.congresos.aeevh.org/>



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2024. ISSN: 2938-0995

CASO CLÍNICO: LA INFLUENCIA DE LA ALIMENTACIÓN Y EL EJERCICIO EN LA CURACIÓN DE HERIDAS.

Martínez López, Sara⁽¹⁾; Santamaría Sanz, Estrella⁽¹⁾; Urzain Martínez, Maite⁽²⁾;

(1) UDMFYC ÁLAVA (2) OSAKIDETZA

Breve descripción del caso

Paciente de 93 años que acude al centro de salud debido a una caída accidental al levantarse de la siesta en su domicilio, realizándose una herida con evolución tórpida en la pierna izquierda. Tiene antecedentes de insuficiencia venosa, hipertensión arterial y fibrilación auricular entre otros. Vive sola y es independiente para la mayoría de ABVD. En consulta se observa que los bordes están bien delimitados y refiere tener mucho dolor en reposo que cede ligeramente al bajar la pierna. Se realiza ITB para valorar el mejor abordaje de la úlcera, que confirma que hay patología arterial.

Valoración general y de la lesión

La herida inicial cuenta con las siguientes características: bordes delimitados, piel perilesional íntegra, eritema, moderado exudado y sin presencia de tejido de granulación. Refiere dolor intenso al realizar la cura: EVA 8, escalas de Braden: sin riesgo, Barthel: dependencia leve y PAM: mayor frágil.

Intervenciones y actividades

Se comienza realizando la cura con alginato con plata y óxido de zinc en venda para reducir el eritema. Se realizan sucesivas consultas con empeoramiento claro de la herida, aumento de exudado con mal control de la infección, por lo que se cambia la cura a Aquacel AG y vendaje de óxido de zinc. Ha adelgazado 5 kilos en el último mes, se encuentra inapetente (IMC: 18,49). Se dan recomendaciones dietéticas para aumentar el consumo de proteína en la dieta, ya que con la edad estas disminuyen de forma natural y es importante incluirlas, siendo parte imprescindible en la cicatrización de las heridas.

En la siguiente consulta comenta que no ha sido capaz de aumentar el consumo de proteínas, la herida está estancada pero con buen control del exudado. Se aborda la posibilidad de tomar suplementos dietéticos que contienen zinc, calcio, vit B, D y E, que promueven la producción de colágeno y aumentan la tasa de cicatrización. La paciente accede a tomarlos. Además, se mencionan los beneficios del ejercicio físico adaptado a su edad y a sus posibilidades, ya que aumenta el tono muscular; mejorando o manteniendo la movilidad, reduce la TA, disminuye el dolor por los problemas arteriales, previene posibles caídas. Ejercicios como caminar un poco cada día para mejorar el sistema vascular y ejercicios de equilibrio para prevenir las caídas podrían ser de utilidad.



Evolución del caso y conclusiones

En la siguiente consulta presenta menor exudado, menos dolor y disminución dimensiones de la herida, por lo que se cambia a Aquacel vendaje de óxido de zinc, espaciando las curas cada 6 días y manteniendo costra hasta que haya epitelizado por debajo. En la última consulta mantiene el peso desde las indicaciones que le dimos, el dolor está controlado por completo, herida cicatrizada.

El paciente es un ser biopsicosocial, por lo que es fundamental por parte del profesional enfermero abordar todas sus esferas y no la herida como un ente individual, viéndose que en este caso la herida solo evoluciono favorablemente en el momento en el que se incluyó en la ecuación la alimentación y el ejercicio físico, siendo una parte imprescindible de la cicatrización.



Bibliografía

Martínez García RM, Fuentes Chacón RM, Lorenzo Mora AM, Ortega RM. La nutrición en la prevención y curación de heridas crónicas. Nutr Hosp [Internet]. 2021 [citado el 23 de noviembre de 2023];38(SPE2):60–3. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112021000500014

Aldas-Vargas CA, Chara-Plua NJ, Guerrero-Pluas PJ, Flores-Peña RA. Actividad física en el adulto mayor. Dominio de las Ciencias [Internet]. 2021 [citado el 23 de noviembre de 2023] 7(5), 64–77. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8383840>

Arias Rodríguez FD, Benalcázar Domínguez SA, Bustamante Sandoval BR, Esparza Portilla JI, López Andrango AE, Maza Zambrano GT, et al. Diagnóstico y tratamiento de enfermedad vascular periférica. Revisión bibliográfica. Angiología [Internet]. 2022 [citado el 23 de noviembre de 2023];74(6):292–304. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0003-31702022000600005