

Herida traumática de difícil cicatrización

Traumatic difficult healing wound

Juan Ángel Hernández Ortiz¹
 Josefa Morales Rodríguez¹
 Ana María Navarro Fernández²
 Josefa Perea Ruiz¹
 Francisca Padilla Sánchez¹
 Julia Cordón Llera¹

1. Enfermeras. Hospital Universitario Médico-Quirúrgico. Jaén.
 2. Auxiliar de Enfermería. Hospital Universitario Médico-Quirúrgico. Jaén.

Correspondencia:

Hernández Ortiz
 Avda. Ejército Español 10
 23007 Jaén
 Tel.: 671 59 70 99
 E-mail: juan.hernandez.ortiz.sspa.@juntadeandalucia.es

RESUMEN

Objetivo: recalcar lo importante que es no cesar de generar conocimiento y formación sobre el manejo de las heridas.

Metodología: la situación presentada es la de una paciente que padece un accidente vial que causa una herida aguda, que pasa a convertirse en herida crónica, con 3 meses de evolución, sin haber llegado a la curación.

Se aplican diversas terapias que no llegan a ser exitosas, ante lo que la paciente y su familia consultan con nuestra unidad.

Resultados: procedemos a reajustar el tratamiento, instaurando cura en ambiente húmedo, según el momento "TIME" en que nos encontramos. Conseguimos cierre completo en menos de 4 semanas.

Conclusiones: debemos seguir trabajando en la línea de instaurar las técnicas adecuadas para el abordaje de cualquier herida, y debemos insistir en el empeño de divulgarlas de manera continua para, de esta manera, prestar unos cuidados de calidad a nuestros pacientes.

PALABRAS CLAVE: práctica clínica diaria, cicatrización de heridas, tratamiento en ambiente húmedo, gestión del exudado de la herida.

ABSTRACT

Objective: Emphasize how important it is not to cease to generate knowledge and training on the management of wounds.

Methodology: The situation presented is a patient suffering from a traffic accident that causes an acute wound, which becomes chronic wound, with three months' duration, without reaching healing. Various therapies that do not become successful, to what the patient and family consultation with our unit apply.

Results: Proceed to adjust the treatment, establishing moist wound healing, depending on when "TIME" in which we live. We got full closure in less than four weeks.

Conclusions: We must continue working on the line in place the right to approach any injuries techniques, and we must insist on efforts to disseminate continuously to, thus providing quality care to our patients.

KEYWORDS: Daily clinical practice, wound healing, treatment in a moist environment, management of wound exudates.

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 69 años, con antecedentes de epilepsia controlada con neurolépticos, fibrilación auricular tratada con anticoagulantes orales, sin hipertensión arterial ni diabetes.

Mientras estaba de vacaciones fuera de la localidad donde tiene su domicilio, visitando a su hija, sufre atropello por una motocicleta, que le causa un traumatismo craneoencefálico y una lesión en forma de "L" a nivel medio de la cara externa de la pierna izquierda, que compromete incluso al músculo, con unas dimensiones aproximadas de 8 x 8 cm. No existen fracturas.

En el tratamiento de la paciente aparecen corticosteroides para el control del traumatismo craneal. Asimismo se incluyen antiinflamatorios no esteroideos.

Por todo ello, es internada en hospital de nivel avanzado (uno de los de máximo nivel de referencia de la comunidad).

En un primer momento, la enferma está a cargo de traumatología, que practica sutura y pauta cura con povidona yodada, apósito de malla impregnada en vaselina y vendaje de crepé.

La herida, que presenta evidentes signos de necrosis, se continúa curando de idéntica manera durante 17 días (fig. 1). En este momento, traumatología deriva a la paciente a cirugía plástica, que añade clostridiopeptidasa, manteniendo el resto del tratamiento.

Tras otros 11 días de evolución, cirugía plástica resuelve practicar un injerto, aplicando desde ese instante curas con nitrofurazona, apósito de malla impregnada en vaselina y vendaje de crepé.

La paciente es dada de alta del hospital y retorna a su ciudad de origen siguiendo con el último tratamiento comentado otras 4 semanas más; justo en ese periodo el injerto se desprende en un 80%. Se pauta povidona yodada, clostridiopeptidasa, centella asiática más neomicina sulfato, apósito de malla impregnada en vaselina y cierre de nuevo, con vendaje crepé.



Figura 1. Lesión a la semana, tras el trauma.

Este tratamiento se continúa durante más de 6 semanas; en este punto, la lesión se encuentra totalmente estancada, sin evolucionar hacia la resolución. Ante ello, la familia decide dejar de acudir al hospital donde fue tratada inicialmente y contactan con dermatología en la localidad de residencia de la paciente, que no modifica en absoluto el tratamiento, que la enferma sigue durante otro mes más, con una herida que empeora por momentos.

La familia nos consulta para valoración.

EXPLORACIÓN

Antecedentes referidos. Ligera hipoproteinemia durante el ingreso.

Tratada durante el proceso con corticosteroides, antiinflamatorios, analgésicos, antibiótico y antifúngico.

Dependencia leve (según índice de Barthel). Capacidad funcional mental preservada.



Figura 2. Herida, al hacernos cargo de sus cuidados.

Le solicitamos una información detallada de todo el proceso. Constatamos que incluso tienen algunas imágenes (fig. 2).

Herida por trauma. Estadificación en su origen, profunda, con zona necrótica. Actualmente de dimensiones de 6,2 x 5,3 cm. Sin tunelizaciones.

Lecho de la herida con tendencia a la palidez y con tejido de granulación frágil. Presencia de zonas esfaceladas. Sin necrosis. Bordes definidos, irregulares, retraídos con cierto grado de edema. Piel perilesional ligeramente macerada, delgada y de aspecto débil. Exudado seroso de mínimo a moderado.

Dolor presente durante el día y valorado entre 5-6 en escala numérica.

DIAGNÓSTICO

Lesión traumática cronicada por evolución no favorable.

PLAN DE ACTUACIÓN

Primera fase

Nos basamos en aplicar los cuidados de cura en ambiente húmedo (CAH)¹ y tras acuerdo con la paciente y su familia, suspendemos el tratamiento que hasta ahora se había aplicado.

Manejamos la herida según el concepto TIME². Por ello, en un primer abordaje usamos cadexómero yodado (desbridante, absorbente y antimicrobiano). Con ello pretendemos eliminar las zonas esfaceladas presentes y a la par controlar la posible carga bacteriana que podría estar retrasando la evolución de la herida, dado ese aspecto deslucido y apagado de los tejidos presentes, y el tiempo que viene siendo manipulada.

La piel perilesional la cuidamos con película de barrera no irritante, que además nos permitía una mejor fijación del apósito (que reducíamos a la mínima medida posible). El resto de la piel adyacente la cuidamos con ácidos grasos hiperoxigenados. El cierre se hizo con apósito hidrocelular, sustituyéndose el vendaje de crepé.

Segunda fase

Una vez desaparecidos los esfacelos (en una semana) decidimos aplicar, dadas las peculiaridades de la herida (pretendíamos no demorar más una cicatrización eficaz), apósito de colágeno y celulosa oxidada regenerada con 1% de plata. La oclusión era igualmente con apósito hidrocelular.

EVOLUCIÓN

En aproximadamente una semana (con curas cada 2 días), todas las zonas con esfacelos prácticamente han desaparecido y la piel perilesional mejora de manera evidente, con la terapia indicada anteriormente.

Sobre el décimo día de comenzar con nuestros cuidados, introducimos colágeno con celulosa oxidada regenerada (espaciando las curas cada 3 días) lo que propició una evolución adecuada hacia la cicatrización y epitelización completa, cosa que ocurre en menos de 4 semanas de comenzar el tratamiento con CAH (fig. 3). Debemos comentar asimismo que el dolor disminuyó progresivamente a lo largo del tiempo, obteniendo cifras de 3-4, posteriormente de 1-2 y finalmente desapareció por completo. El confort de la paciente también avanzaba hacia un mayor bienestar y comodidad con el tra-



Figura 3. Resolución en menos de 4 semanas.

tamiento que aplicamos.

DISCUSIÓN

Este es un caso en el que se demuestra de manera taxativa lo importante que es aplicar los cuidados adecuados a nuestras heridas, con los productos de terapia avanzada más indicados y en el momento preciso^{3,4}.

Una vez más, la terapia de cura en ambiente húmedo es resolutoria y nos dirige hacia la curación de las heridas, que como podemos ver en este caso, se trata de una lesión de etiología traumática.

Debemos, por tanto, seguir trabajando en la línea de instaurar las técnicas adecuadas para el abordaje de cualquier herida, y debemos seguir en el empeño de divulgarlas de manera continua para que los profesionales de enfermería las podamos aplicar a nuestros pacientes, mejorando sus cuidados.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no hay conflictos de intereses al redactar el presente manuscrito.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguiló S, Figueras L, Quintanilla A, Veiga L. ¿Apósitos tradicionales o curas en ambiente húmedo? Rev Rol de Enfermería. 2001;24(12):50-54.
2. Falanga V. Preparación del lecho de la herida: ciencia aplicada a la práctica. En: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Preparación del lecho de la herida en la práctica. GNEAUPP. 2004. Documento de posicionamiento n° 3: 2-5.
3. Gago M, García RF, López P, Verdú J, Blanco E, Alba S. Evaluación de la tecnología sanitaria. Apósitos basados en la cura en ambiente húmedo para heridas crónicas. Gerokomos. 2008;19(4):48-54.
4. Braumann C, Guenther N, Menenakos C, Muenzberg H, Pirlich M, Lochs H, et al. Clinical experiences derived from implementation of an easy to use concept for treatment of wound healing by secondary intention and guidance in selection of appropriate dressings. Int Wound J. 2011;8(3):253-60.