

Raúl Martín Iglesias

Enfermero de atención primaria. Centro de Salud Nova Lloreda. Badalona. Barcelona. España.

Correo electrónico: rmartin15@bsa.cat

Recibido el 22 de febrero de 2018; aceptado el 4 de abril de 2018

Tratamiento de una úlcera venosa con terapia compresiva multicapa y tecnología alveolar gelificante

Treatment of a venous ulcer with multilayer compression therapy and alveolar gelling technology

RESUMEN

Varón de 49 años, que presentó una úlcera venosa en maléolo interno de la extremidad inferior derecha de más de 2 años de evolución. En el caso clínico se exponen las pautas de tratamiento utilizadas, la evolución de dicha lesión y las medidas de prevención recomendadas una vez cicatrizada.

Debido a que las úlceras venosas tienen una elevada prevalencia, que se sitúa entre el 70% y el 80%¹ del total de las heridas en extremidades inferiores, lo que conlleva un elevado gasto sanitario, creemos importante la realización del índice tobillo-brazo, así como la correcta utilización de los tratamientos tópicos.

PALABRAS CLAVE: úlcera venosa, tecnología alveolar gelificante, terapia compresiva multicapa.

ABSTRACT

A 49 years old male presented a venous ulcer on the internal malleolus of the right lower extremity of more than 2 years of evolution. In the clinical case, the treatment guidelines used, the evolution of the injury and the recommended prevention measures once healed are exposed.

Because venous ulcers have a high prevalence between 70-80% of the total wounds in the lower extremities, which entails a high health expenditure, this is because we believe that the ankle-brachial index is important, as well as the correct use of topical treatments.

KEYWORDS: venous ulcer, alveolar gelling technology, multilayer compressive therapy.

➤ HISTORIA CLÍNICA

El paciente presentaba antecedentes de hipergliceridemia, trombosis venosa profunda recidivante en 1993 y 2013 e insuficiencia venosa. No era fumador y era independiente para las actividades de la vida diaria. No tenía diabetes ni otras patologías de interés.

➤ EXPLORACIÓN

El paciente presentaba una úlcera venosa de 2 años de evolución en maléolo interno de la extremidad inferior derecha, por la cual no había consultado con el personal de enfermería y se había realizado autocuras con povidona yodada. Tras la exploración de la lesión se observa una úlcera venosa de 4 × 4 cm y cavitada con lecho fibrinoso, no esfacelada, ligeramente exudativa, sin signos aparentes de infección, pero con signos de colonización crítica.

El presente trabajo obtuvo el 1.º Premio del Concurso de Casos Clínicos de Cataluña 2017, promovido por la Unidad de Cuidados de Heridas de Coloplast Productos Médicos S.A.

➤ DIAGNÓSTICO

- Deterioro de la integridad cutánea (Enfermero 00046).
- Úlcera crónica no debida a presión de tobillo derecho (CIE L97.31).

➤ TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Las primeras pautas de curas se iniciaron el día 30 de agosto de 2016 con hidrogel + apósito de alginato de plata + vendaje cada 48 horas. Dada la evolución tórpida de la herida y la presencia de signos de colonización, se cursa cultivo de hisopo el día 6 de septiembre de 2016, y a la espera de resultados se procede a cambio de pauta de cura a limpieza con clorhexidina jabonosa + suero fisiológico + colagenasa + fibra hidrotensiva + óxido de zinc en piel perilesional + vendaje con crepé. El día 14 de septiembre de 2016 se recibe el resultado del hisopo, el cual da positivo en *Serratia marcescens* y *Staphylococcus aureus*, que es sensible y se trata con ciprofloxacino 500 mg/12 h durante 10 días. Las curas sucesivas se fueron adaptando según la evolución de la herida, que no fue favorable.



Figura 1. Aspecto de la herida tras 5 meses de tratamiento con evolución tórpida.

Ante dicha situación, el día 13 de enero de 2017 se realizó la medición del índice tobillo-brazo, que dio como resultado 1,20, por lo que se decidió el inicio de terapia compresiva multicapa. Posteriormente se procedió a la limpieza de la lesión y del tejido perilesional, se aplicó colagenasa + hidrogel + espuma hidropolimérica, ayudando a realizar un desbridamiento autolítico y completando el tratamiento con terapia compresiva multicapa. Dicha pauta se mantuvo hasta el día 23 de enero de 2017 ante la sospecha de signos de sobrecolonización, y se decidió cambio de cura con apósito de terapia alveolar gelificante, en este caso Biatain® Silicone Ag + hidrogel + óxido de zinc + terapia compresiva multicapa (fig. 1).

Después de 2 días con terapia compresiva multicapa se visualiza mejoría del tejido perilesional, disminución del tamaño de la úlcera y presencia de tejido de granulación, por lo que se decide mantener el mismo tratamiento. En visitas posteriores, al comprobar la buena evolución de la herida (fig. 2) se decidió cambio de cura a un apósito con tecnología alveolar gelificante sin plata, en este caso Biatain® Silicone más crema barrera de óxido de zinc y limpieza mecánica del lecho perilesional.

Aproximadamente después de 3 meses de tratamiento la úlcera cicatrizó (fig. 3). En el momento del alta, el día 20 de abril de 2017



Figura 2. Tras 15 días de tratamiento. **Figura 3.** Herida cicatrizada tras 3 meses de tratamiento.



se recomendó al paciente mantener una correcta hidratación de ambas extremidades inferiores con ácidos grasos hiperoxigenados y el uso de media de compresión.

DISCUSIÓN

Las úlceras venosas suponen entre el 70% y el 80%² de las heridas en extremidades inferiores de pacientes que se encuentran en edad laboral. Este hecho supone incapacidades laborales temporales que tienen un impacto económico³ y social en el paciente, así como en su entorno. Por ello, la utilización de terapia compresiva multicapa^{4,5} junto a la terapia alveolar gelificante reduce el periodo de cicatrización de las úlceras venosas, lo que demuestra su eficacia. Esto supone una mejora en la calidad de vida del paciente, disminuye la utilización de recursos sanitarios, el dolor, el exudado y el edema ■

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Española de Enfermería Vasculosa y Heridas. Guía de práctica clínica: Consenso sobre úlceras y pie diabético. 2.ª ed. Sevilla; 2014.
- López Muñoz D, Muñoz García L, García León S. Estandarización de cuidados de pacientes con úlceras de extremidad inferior de etiología venosa. NURE inv. Nov-Dic 2012.
- Pardo Vitorero R, González Fernández E, Lombera Torre A. Manejo del paciente con úlcera de etiología venosa de miembros inferiores. Fundación de enfermería de Cantabria. Nuber Cientif. 2013;2(9):12-20.
- Carreño Ávila P. terapéutica de compresión en el tratamiento de la úlcera de etiología venosa. Rev. Todoheridas. 2010;1(1):13-6.
- World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). Principios de las mejores prácticas: compresión en las úlceras venosas de las extremidades inferiores. Documento de consenso. Londres: MEP Ltd; 2008.