

# Abordaje clínico de una herida compleja en el ámbito penitenciario: a propósito de un golpe

Mónica López Ortiz, Paula Noemi Pérez Niculcar, Alejandra Zorrilla Martínez, Fernando Pérez Ruiz

Enfermera/o. Centro Penitenciario de El Dueso. Santoña. Cantabria.

Texto recibido: 05/06/2024

Texto aceptado: 11/06/2024

## DESCRIPCIÓN CLÍNICA DEL CASO

El paciente es un hombre de 51 años que acude a la sala de curas para la valoración de un traumatismo de varios días de evolución al golpearse con una silla en la pierna izquierda el 28 de febrero de 2024, refiriendo que el “golpe no mejora”.

Presenta un hematoma subcutáneo de consistencia blanda, abultada, que supura contenido seroso. Dada la progresión, el personal facultativo realiza prescripción antibiótica con clindamicina, y el personal de enfermería hace curas programadas diarias con mupirocina tópica hasta ver su evolución.

Los antecedentes médicos son: alergia a la penicilina, no presenta hipertensión arterial, dislipemia, ni diabetes *mellitus* tipo 2. No se observan signos de insuficiencia venosa en las extremidades inferiores.

Patrones funcionales alterados:

- Patrón de actividad-ejercicio: movilidad y sensibilidad de la pierna izquierda conservadas al inicio.
- Patrón de nutrición-metabolismo: lesión con afectación muscular y riesgo de infección.
- Patrón de percepción-manejo de la salud: no presenta fiebre, ni distermia. Hábito tabáquico de 12 cigarros al día. Vacunación antitetánica correcta.

## EVOLUCIÓN

El 12 de marzo de 2024 es trasladado al Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander), dada su evolución a lesión abierta y profunda, con dimen-

siones aproximadas de 4 × 4 cm, drenando contenido serohemático a la presión y presentando coágulos adheridos a planos internos, sin exposición ósea, con bordes celulíticos y edema maleolar. Realizar la técnica con el bisturí nos planteaba dudas para hacerlo en la sala de curas. Presenta pulso pedio débil (Figura 1).

En el hospital, realizan la anamnesis, la exploración y la analítica, sin objetivarse una elevación de los reactantes de fase aguda, y el resto de los valores estaba en rango<sup>1</sup>.

Intentan realizar las maniobras de drenaje, con resultado insatisfactorio, por lo que realizan un desbridamiento con analgesia local de mepivacaína al 2% en los bordes de la lesión, lavado exhaustivo y terapia con presión negativa<sup>2</sup> (VAC® [acrónimo de *vacuum*



Figura 1. Lesión inicial.

*assisted clousure*, es decir, cierre asistido por vacío)<sup>3</sup> a -80 mmHg durante siete días, para favorecer la creación de tejido de granulación, mejorar el lecho y conseguir la mejor exposición de cara a la planificación de un abordaje externo quirúrgico, mediante la cobertura y fijación con injerto de piel del propio paciente laminado, tomado de la misma pierna bajo anestesia

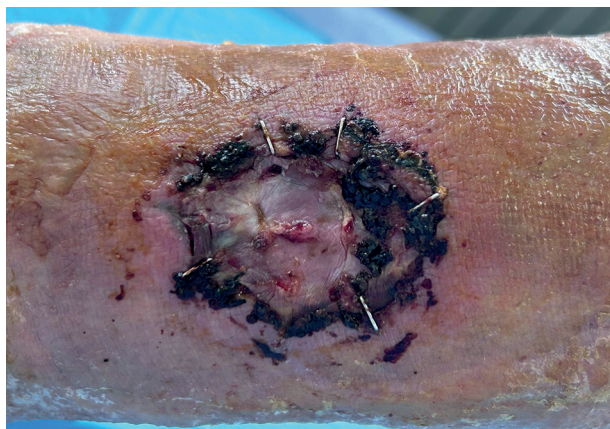


Figura 2. Injerto implantado.



Figura 3. Primera cura en la zona donante receptora.

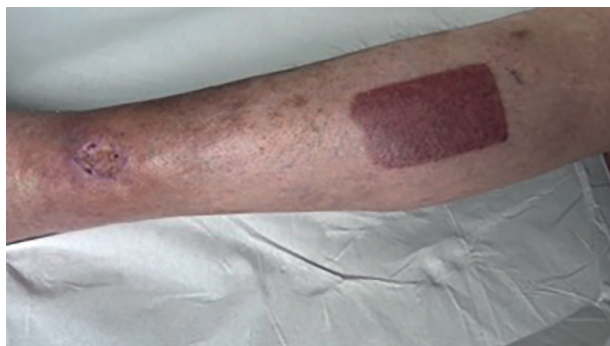


Figura 4. Fase de curación.

general. Por tanto, habrá dos lesiones, una donante y otra receptora (Figuras 2 y 3).

El paciente permaneció ingresado 16 días en la unidad penitenciaria del hospital y, posteriormente, en el módulo de enfermería, hasta recibir el alta definitiva por parte del servicio de cirugía plástica el 2 de abril de 2024 (Figura 4).

## COMENTARIO FINAL

El equipo de enfermería del Centro Penitenciario de El Dueso siguió los protocolos de curas pautados por el servicio de cirugía plástica y reconstructiva. La lesión donante fue tratada con vaselina, y la lesión receptora, con Betagel®, UrgoTul® gasas y apósitos. La retirada de grapas fue realizada en el centro hospitalario. Además, se gestionaron los traslados y consultas necesarios para el paciente, garantizando una atención integral y coordinada. Esta intervención multidisciplinaria demuestra la importancia de un enfoque enfermero en la gestión de lesiones complejas, asegurando la continuidad de los cuidados y la rehabilitación efectiva del paciente.

## CORRESPONDENCIA

Mónica López Ortiz  
E-mail: lopez\_ortiz\_monica@hotmail.com

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lucena JF, Alegre F, Lecumberri R, Prieto JM. Exploración de los síndromes. En: Prieto JM, Yuste JR, Balcells. La clínica y el laboratorio. 23ª ed. Elsevier; 2019. p. 511-49. Cap. 23.
2. Martín-Alcalde J, Sarró-Fuente C, Miñano-Medrano R, López-Estebanz JL. Uso de la terapia de presión negativa para fijar injertos cutáneos en úlceras secundarias a hematoma profundo disecante o a fascitis necrosante. *Actas Dermosifiliogr.* 2022;113(5):540-2. doi: 10.1016/j.ad.2020.11.030.
3. Buendía Pérez J, Vila Sobral A, Gómez Ruiz R, Qiu Shao SS, Marré Medina D, Romeo M, *et al.* Tratamiento de heridas complejas con terapia de presión negativa: Experiencia en los últimos 6 años en la Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona (España). *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana.* 2011;37(Supl 1);S65-71. <https://dx.doi.org/10.4321/S0376-78922011000500010>