

Úlcera venosa de 3 años de evolución

Silvia Blasco Gil, Hospital de Alcañiz (Teruel)

Introducción

Entre el 75 y 80% de la totalidad de las úlceras de la extremidad inferior son de etiología venosa. Para un óptimo manejo de este tipo de lesiones no sólo deben tenerse en cuenta intervenciones centradas en la propia herida. Es preciso ampliar nuestra perspectiva y desde una visión holística, detectar las barreras bio-psico-sociales que dificultan la cicatrización de las mismas. Una correcta valoración, abordaje y planificación de la estrategia terapéutica serán garante de calidad asistencial.

El Triángulo de Evaluación de Heridas es una herramienta que permite registrar variables tanto a nivel general (comorbilidades, fármacos, hábitos tóxicos...), como local, teniendo en cuenta el estado del lecho de la herida, los bordes de la misma y la tan olvidada piel perilesional. Todo ello nos ofrecerá información relevante que nos permitirá establecer objetivos de tratamiento en función de la alteración identificada y planificar la estrategia terapéutica más adecuada tanto a nivel local como sistémico con la implicación del paciente en la consecución de dichos objetivos^{1,2}.

Paciente



Mujer de 63 años de edad. Entre sus antecedentes personales: insuficiencia venosa crónica (IVC- C6), HTA y síndrome depresivo. Y como antecedente quirúrgico: prótesis total de cadera (PTC).

La paciente presenta úlcera en cara interna, 1/3 inferior de MID de 3 años de evolución tratada en su centro de atención primaria. Catalogada como úlcera de etiología venosa dada la ubicación, trofismo de la piel y características de la lesión, así como una exploración vascular con pulsos distales palpables e índice tobillo-brazo (ITB) de 1. La paciente decía no tolerar vendajes compresivos por lo que se realizaban vendajes con crepé que la paciente en ocasiones se quitaba y manipulaba la lesión.

Valorada en nuestra consulta el 21 de noviembre de 2018. En esos momentos úlcera superficial de 10x4 cm con signos de infección: incremento del exudado, eritema de la piel perilesional y presencia de biofilm.



Evaluación inicial de la herida



Fecha 21/11/2018

Tamaño de la Herida	Largo:	10 mm
	Ancho:	4 mm
	Profundidad:	3 mm

Para el tipo de tejido y el exudado, escriba hallazgos.
Para el resto de ítems, marque "x" en caso positivo

Bordes herida

- Maceración
- Deshidratación
- Borde socavados
- Borde engrosado/enrollado

Lecho herida

- Tipo de tejido
- Exudado
- Infección

Piel perilesional

- Maceración
- Excoriación
- Piel seca
- Hiperqueratosis
- Callo
- Eccema

Gestión de los objetivos

Marque "x" para los objetivos adecuados

Evaluación del borde de la herida

Gestión de los objetivos

- Gestionar exudado
- Rehidratar borde herida
- Eliminar tejido no viable
- Proteger tejido granulación/epitelización

Evaluación del lecho de la herida

Gestión de los objetivos

- Retirar el tejido no viable
- Gestionar exudado
- Manejar la carga bacteriana
- Hidratar lecho herida
- Proteger el tejido granulación/epitelización

Evaluación de la piel perilesional

Gestión de los objetivos

- Gestionar exudado
- Proteger piel
- Rehidratar piel
- Eliminar tejido no viable

Tratamiento

La herida estaba cubierta por una biopelícula que cubría todo el lecho de la misma, presentaba abundante exudado que dió lugar a la maceración tanto de los bordes de la herida como de la piel perilesional. Tras la evaluación mediante el Triángulo de Evaluación de Heridas nos planteamos como objetivo controlar la carga bacteriana, eliminando la biopelícula que cubría la lesión mediante curetaje de la misma e iniciando curas con un apósito antimicrobiano que ofreciera una óptima gestión del exudado como **Biatain® Silicone Ag**. Se protegieron los bordes con crema de óxido de zinc. Se pautaron inicialmente curas cada 48 horas.

La terapia compresiva terapéutica es la piedra angular del tratamiento de las úlceras de etiología venosa y a pesar de las reticencias iniciales de la paciente terminó adheriéndose al tratamiento gracias a la utilización de vendas de tracción corta.

Tras dos semanas de tratamiento con antimicrobianos se reevaluó a la paciente y la lesión. Los objetivos de tratamiento se modificaron ante la mejora del estado de la herida y la piel perilesional, lo cual influyó positivamente en el estado de la paciente.

Resultados

A las 48 horas tras la primera cura con **Biatain® Silicone Ag** el aspecto de la herida había cambiado sustancialmente, presentando un lecho libre de biopelícula y tanto los bordes como la piel perilesional estaban menos macerados. Tras dos semanas de tratamiento (05/12/2018) con este apósito se reevaluó a la paciente y la lesión. Los objetivos de tratamiento se modificaron ante la mejora del estado de la herida y la piel perilesional, lo cual influyó positivamente en el estado de la paciente.

Se comenzó a aplicar **Biatain® Silicone** y se mantuvieron las curas cada 48 horas durante 3 meses. En cuanto el exudado se redujo, se sustituyó por **Biatain® Silicone Lite** (Marzo 2019) espaciando las curas cada 72 horas. Se mantuvo la terapia compresiva terapéutica y el refuerzo positivo para que la paciente siguiera con el tratamiento pautado.

La cicatrización completa se consiguió en poco más de 5 meses (15/04/2019).



23/11/2018



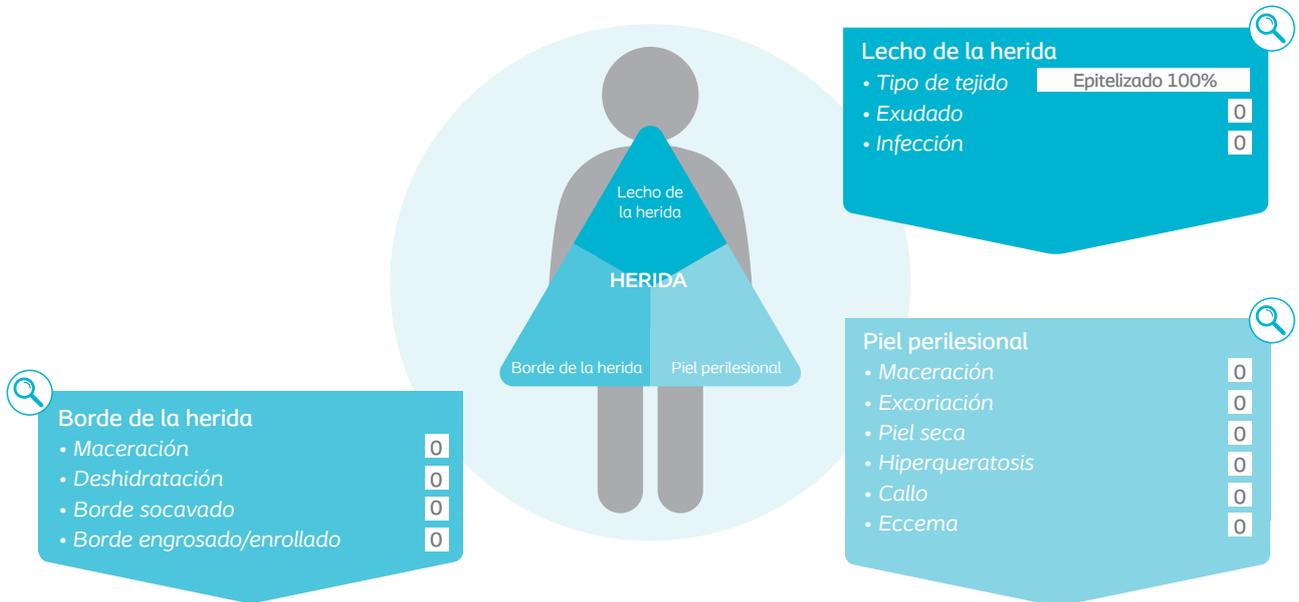
19/03/2019



15/04/2019

Reevaluación de la herida al final del seguimiento del caso

Para el tipo de tejido y el exudado, escriba hallazgos.
Para el resto de items, marque "x" en caso positivo y
marque "0" si no está presente



Conclusiones

El Triángulo de Evaluación de Heridas nos ofreció una visión holística del paciente y su herida permitiendo establecer unos objetivos de tratamiento enfocados a la eliminación de las barreras locales y sistémicas que dificultaban la cicatrización de una lesión de años de evolución con el “handicap” que ello suponía.

El manejo del biofilm se llevó a cabo según lo que recomienda la evidencia reciente³. Así, inicialmente, se realizó una limpieza minuciosa de la herida mediante curetaje y después se gestionó de forma eficaz la carga bacteriana mediante la aplicación de **Biatain Silicone Ag**: por un lado, la conformabilidad del apósito previno la aparición de espacios muertos y el acúmulo de exudado, lo que evitó la recontaminación con microorganismos. Por otro lado, la plata liberada por el apósito ejerció su efecto antimicrobiano eliminando las bacterias del biofilm.

La gama de apósitos **Biatain Silicone** realizó una óptima gestión del exudado y proporcionó unas condiciones adecuadas para favorecer la cicatrización de la lesión, sin olvidar el tratamiento etiológico de la misma mediante la aplicación de terapia compresiva terapéutica.

1. Marinello Roura J, Verdú Soriano J (Coord.). Conferencia nacional de consenso sobre las úlceras de la extremidad inferior (C.O.N.U.E.I.). Documento de consenso 2018. 2ª ed. Madrid: Ergon; 2018.

2. Preliminary experience of an expert panel using Triangle Wound Assessment for the evaluation of chronic wounds. José Luis Lázaro-Martínez, Elena Conde-Montero, Juan Carlos Álvarez-Vázquez, Juan José Berenguer-Rodríguez, Amparo Galindo Carlo, Silvia Blasco-Gil, Carmen Blasco-García, and Fernando Martínez-Cuervo. Journal of Wound Care 2018 27:11, 790-796

3. World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). Florence Congress, Position Document. Management of biofilm. 2016