

Tratamiento y evolución de úlceras crónicas bilaterales en un enfermo cirrótico: a propósito de un caso

M. Farré Llurba^a, A. Massoní Piñeiro^a, M.C. Mias Carballal^b y M. Sadurní Gracia^a

^aEnfermeras de la Unidad de Hospitalización a Domicilio.

^bMédico responsable de la Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida.

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de las úlceras crónicas se ha considerado desde siempre una dificultad y en ocasiones un reto importante para enfermería. La aparición de una gran variedad de productos para el tratamiento de úlceras y lesiones de piel de diferente etiología ha contribuido de manera considerable a acelerar el proceso de curación, aliviar el dolor, disminuir en lo posible el número de curas y mejorar la calidad de vida de estos enfermos¹⁻³.

Son varios los autores que coinciden en la necesidad de tener protocolos de curas estandarizados⁴⁻⁶, conjuntos con atención hospitalaria y atención primaria⁷, destinados a distintos grupos de pacientes, en especial a aquellos que presentan úlceras venosas de diferente etiología, siendo las más frecuentes la insuficiencia venosa y los traumatismos. Este tipo de úlceras se caracterizan por tener los bordes irregulares, con un exudado abundante y en ocasiones purulento. Se localizan generalmente en la parte inferior de las piernas, en los maléolos y alrededor del tobillo. La base de la úlcera puede tener distintos niveles de profundidad, los pulsos son positivos y la piel circundante puede ser rojiza, presentar edemas y, en algunos casos, maceración por el exudado de la misma úlcera. En el protocolo para el tratamiento de este tipo de úlceras, Sieggreen y Maklebust⁸ hacen especial hincapié en la importancia de elegir un apósito que mantenga el lecho de la herida húmedo y explican que los hidrocoloides, las espumas y los geles son fáciles de aplicar. También afirman que las úlceras con abundante exudado necesitan apósticos absorbentes y hacen referencia a los alginatos que, por su capacidad de absorción, arrastran el exudado fuera de la úlcera. German et al² nos explican las ventajas y los buenos resultados obtenidos con la utilización de un apósito de alginato cálcico-sódico, que por la disposición de sus

poros permite la absorción vertical del exudado protegiendo los bordes de posibles maceraciones. Rodríguez y Solé, en su trabajo de investigación sobre úlceras vasculares, tratan también las úlceras venosas con apósticos oclusivos de hidrocoloide¹, que no precisan de curas diarias.

Aunque como se ha podido ver existen diversas posibilidades terapéuticas a la hora de tratar con éxito úlceras venosas, todos los trabajos coinciden en la necesidad del vendaje compresivo y del reposo absoluto en muchos casos, como requisito fundamental para que el producto terapéutico que se elija sea de verdad eficaz.

Es importante recordar que las guías clínicas y los protocolos sirven de punto de referencia a la hora de seguir un proceso patológico desde su inicio hasta su total remisión, pero nunca deben ser unas pautas rígidas de comportamiento, sino que han de permitir cierto margen de posibilidades terapéuticas según una serie de factores que son variables en cada paciente y en cada fase de una misma enfermedad, como son, en este caso, la patología asociada, antecedentes familiares, extensión de la úlcera, grado de exudación, estado de la piel periulceral, fase en que se encuentra la úlcera, desbridamiento, granulación o epitelización, estado nutricional del paciente y otros factores, entre los que tiene una especial relevancia el nivel sociocultural.

Es importante valorar al enfermo de manera integral, tener en cuenta sus antecedentes familiares, personales y su historia actual, aunque algunos autores como Bedia et al⁴ consideren que la patología asociada no influye en el tiempo de cicatrización de una úlcera.

Las unidades de hospitalización a domicilio (UHD), con unos objetivos muy bien definidos^{6,7}, han contribuido a un mejor aprovechamiento de los recursos sanitarios, evitando en muchos casos las estancias hospitalarias inapropiadas⁹, y en otros reduciéndolas al mínimo, ya se trate de enfermos crónicos en fase de reagudización o de enfermos agudos, siendo una modalidad asistencial con un alto grado de satisfacción por parte del paciente y su familia¹⁰.

El hospital Arnau de Vilanova de Lleida cuenta con una UHD que inició su actividad durante el último trimestre

Este trabajo ha sido galardonado con el primer premio en la II edición del Premio CONVATEC, marzo de 1999.

Correspondencia: M. Farré Llurba.
Bondej, 13, 2.^o. 25002 Lleida.

SEMERGEN: 2001; 27: 257-260.



Figura 1. Aspecto de la extremidad inferior derecha el día del ingreso en la unidad de hospitalización a domicilio (UHD).



Figura 2. Aspecto de la extremidad inferior derecha cara anterior el día del ingreso en la UHD.



Figura 3. Cara interna de la extremidad inferior izquierda el día del ingreso en la UHD



Figura 4. Cara lateral externa de la extremidad inferior izquierda el día del ingreso en la UHD

de 1996 con la intención de reducir la estancia hospitalaria, dando una calidad asistencial óptima al enfermo en su domicilio¹¹⁻¹³.

El objetivo del presente trabajo fue evaluar el comportamiento del apósito no oclusivo de hidrofibra de hidrocoloide (Aquacel®) en úlceras flebostáticas, infectadas, de tórpida y larga evolución, con el fin de controlar el exudado y la infección para conseguir la cicatrización de las úlceras y dar una mejor calidad de vida al enfermo. Se eligieron los apósitos de hidrofibra de hidrocoloide, en este caso particular, por tratarse de úlceras altamente exudativas que precisaban de un apósito con un alto grado de absorción. El apósito, en contacto con la úlcera, hace que el exudado produzca un gel que le proporciona el medio húmedo óptimo para la cicatrización³.

Se intentó previamente el uso de apósitos de alginato sódico, pero la absorción, en este caso concreto, era insuficiente.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Se trata de un varón de 60 años de edad, con antecedentes de hepatopatía crónica de causa enólica (1992), insuficiencia venosa crónica en ambas extremidades inferiores, elefantiasis, hiperqueratosis cutánea, celulitis (1992), anemia crónica y amputación de pene por carcinoma epidermoide infiltrante de pene (1998). Por voluntad del paciente no recibe tratamiento con radioterapia ni qui-

mioterapia. Presenta adenopatías inguinales bilaterales que comprometen el retorno linfático.

Fue derivado al programa de hospitalización a domicilio (UHD) a petición del médico de cabecera por úlceras en ambas extremidades de larga evolución (6 años) poli-tratadas, que presentaban un empeoramiento progresivo. Por sus características se podían definir como flebostáticas y agravadas por los edemas, que en este caso particular eran una consecuencia de la hipertensión portal (figs. 1-4).

El plan terapéutico consistió en curas locales de ambas úlceras, en las que durante los primeros 20 días de tratamiento se realizó un desbridamiento enzimático con collagenasa, con una periodicidad de las curas cada 12 h (fig. 5), y posteriormente se aplicaron los apósitos de hidrofibra de hidrocoloide (Aquacel®) (fig. 6) hasta el día del alta, con una periodicidad de curas cada 24 h, con el fin de aprovechar al máximo su poder de absorción por estar indicadas en úlceras altamente exudativas e infectadas, y para crear asimismo un medio húmedo idóneo para el crecimiento del tejido de granulación y de epitelización. Los apósitos de hidrofibra de hidrocoloide se cubrían con gasas y compresas estériles, después se realizaba un vendaje de protección con vendas acrílicas y seguidamente un vendaje compresivo con venda elástica.

Además de las curas locales, se estableció un plan de cuidados generales que incluían: reposo absoluto o relati-



Figura 5. Aspecto de 2 extremidades una vez realizado el desbridamiento enzimático del tejido esfacelado.



Figura 7. Evolución favorable de la extremidad inferior derecha.



Figura 6. Aspecto que adquiere el apósito de Aquacel® cuando está saturado por el exudado de la úlcera.



Figura 8. Aspecto de las 2 extremidades antes del alta de UHD.

vo según evolución, analíticas periódicas para valorar el estado general, controles microbiológicos de la infección con cultivo y antibiograma, profilaxis con heparina de bajo peso molecular, suplementos alimenticios hiperproteicos para compensar la hipoproteinemia y medicación oral (antibioterapia según el resultado de los cultivos y antibiograma, diuréticos, potasio, hierro, vasodilatadores periféricos y analgesia).

En las figuras 7 y 8 se observa cómo gradualmente en la extremidad inferior derecha la úlcera se limpia, mejora el aspecto de la piel periumbral, crece el tejido de granulación de manera uniforme y el tejido de epitelización avanza cubriendola en casi la totalidad de su superficie.

La evolución de la extremidad inferior izquierda fue más desigual; en la cara anterior aparece el tejido de epitelización, que crece de manera uniforme y progresiva desde la parte superior de la úlcera en dirección al centro, enganchando con un isloote de piel y reduciendo así la superficie de la úlcera (figs. 8 y 9). Tanto en la cara lateral derecha como en la lateral izquierda, dada la profundidad de la úlcera, el crecimiento del tejido de granulación es más desigual, presentando zonas mixtas de epitelización y otras de granulación en ambas superficies laterales. La duración total del tratamiento fue de 3 meses y 20 días. Después el paciente fue remitido a su centro de salud para seguir con curas locales hasta la cicatrización completa de ambas úlceras.



Figura 9. Aspecto de las 2 extremidades antes del alta de UHD.

DISCUSIÓN

Los apótsitos de Aquacel® nos han permitido controlar el exudado, dada su alta capacidad de absorción y protección de la piel periumbral, contribuyendo activamente en la fase tanto de granulación como de epitelización³, observándose una notable mejoría habida cuenta de tres factores: el tiempo de evolución de estas úlceras, que era de 6 años; la patología asociada, y el corto período de tiempo que las hemos tratado. Estamos convencidos de que la clave del éxito radica en utilizar el producto adecuado en el momento idóneo, teniendo la certeza de que, si el diagnósti-

co es correcto y hay una indicación para el uso terapéutico de un determinado producto, hay que ser constantes y metódicos a la hora de realizar las curas utilizando un protocolo preestablecido y adaptado a las necesidades de cada paciente^{5,6,8}. Las evaluaciones periódicas de las úlceras y del estado general del paciente son imprescindibles para ajustar el tratamiento médico y valorar la mejora objetiva de las úlceras.

La actuación de las UHD se caracteriza por ser intensa en la prestación de cuidados, pero durante un tiempo limitado¹⁴. En este caso, el enfermo es un paciente con patología crónica que está en una fase de reagudización y, finalizada esta fase y con una evolución favorable y objetiva, pasa al programa ATDOM (atención domiciliaria desde las áreas básicas de atención primaria para pacientes crónicos que no pueden acudir al centro), con el fin de seguir con el mismo protocolo de curas. Al alta médica se adjunta un informe de alta de enfermería.

En conclusión los apósticos de Aquacel® han resultado altamente eficaces en el tratamiento de úlceras muy exudativas e infectadas, tanto en la fase de granulación como en la de epitelización. Su fácil aplicación y retirada hace que las curas resulten cómodas e indoloras para el enfermo. Por otro lado, la patología asociada es un factor directamente relacionado con el proceso de curación de una determinada úlcera, y más si el factor desencadenante de la misma es la patología de base. También son imprescindibles, dentro del proceso asistencial a estos enfermos, la comunicación y colaboración entre los diferentes equipos asistenciales utilizando protocolos conjuntos con el fin de evaluar la eficacia de un determinado producto.

Agradecimiento

Nuestro agradecimiento va dirigido a la Sra. Ana Rodríguez Cala, adjunta de formación continuada del hospital, por su ayuda en la elaboración del material inocográfico; al Dr. Antonio Rodríguez Rosich y a la Sra. Ana Manonelles Ribes,

médico de familia y enfermera del área básica Eixample de Lleida, por su ayuda y colaboración en el seguimiento domiciliario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez M, Solé P. Cura oclusiva en pacientes con úlceras vasculares en extremidades inferiores. Atención de enfermería. Rev ROL de Enf 1989; 126: 29-42.
2. Germán O, Galindo A, Torra JE. Apósito de alginato cálcico-sódico puro. Evaluación multicéntrica en lesiones cutáneas crónicas. Rev ROL de Enf 1997; 229: 23-30.
3. Legarra S, Vidallach MS, Esteban M. Evaluación no comparativa de un nuevo apósito de hidrofibra en el tratamiento de las úlceras vasculares. Rev ROL de Enf 1997; 231 (separata).
4. Bedia AR, Costas C, García ML. Úlceras de las extremidades inferiores. Rev ROL de Enf 1991; 150: 65-68.
5. Rodríguez C. Úlceras crónicas. Un protocolo de cuidados y tratamiento. Rev ROL de Enf 1993; 177: 65-69.
6. Villa F. Protocolo de curas de la úlcera varicosa. Enfermería Científica 1996; 170-171: 25-27.
7. Segura JM, Bastida N, Martí N et al. Enfermos crónicos domiciliarios. Análisis descriptivo y de supervivencia a los dos años de la implantación de un programa de atención domiciliaria. Aten Primaria. 1997; 19: 55-64.
8. Sieggreen M, Maklebust J. Actuación ante las úlceras de las piernas. Nursing 1997; 17-23.
9. López M, Montserrat L, Vélez F. El paciente protagonista de su propia curación. Úlceras u otras lesiones de piel. Rev ROL de Enf 1991; 154: 67-72.
10. Peiró S, Portella E. Identificación del uso inapropiado de la hospitalización: la búsqueda de la eficiencia. Med Clin (Barc) 1994; 103: 65-71
11. Farré M, Massoni A, Mías MC. Unidad de hospitalización a domicilio del enfermo quirúrgico agudo. TODO HOSPITAL. Octubre 1997; 140: 47-51
12. Farré M, Massoni A. Importància del registres en una unitat d'hospitalització a domicili per a malalts quirúrgics i prequirúrgics. Este trabajo fue galardonado con el segundo premio en la 6.^a Edición del Premi d'infermeria (1997) que convoca anualmente el Colegio de Diplomados de Enfermería de Lérida.
13. Farré M, Sadurní M, Massoni A. Hospitalización a domicilio para enfermos quirúrgicos y prequirúrgicos: dinámica de la visita domiciliaria y curas de enfermería. Este trabajo fue galardonado con el segundo premio de la 5.^a Edición del Premi d'infermeria Sant Pau. Barcelona, 1998 (en prensa).
14. Escarrabill J, Ramón R. Atención domiciliaria: una necesidad. JANO 1998; 55: 1272.