

DECISIONES BASADAS EN LA EVIDENCIA: MEJORANDO LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN UN CASO CLÍNICO DE ÚLCERA VENOSA.

DECISIONS BASED ON THE EVIDENCE: IMPROVING QUALITY OF CARE IN A VENOUS ULCER CASE

Autores: José Domingo Avilés Aranda⁽¹⁾, Juan Francisco Diego Gea Ayala⁽²⁾, Virginia Vivancos Oliva⁽³⁾, Patricia Moreno Pina⁽¹⁾, Félix Peñalver Hernández⁽¹⁾, Carlos Cipriano Herrero de Pablos⁽⁴⁾.

(1) Dirección de Enfermería.
Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia, España.

(2) Centro de Salud de Santa María de Gracia. Murcia, España.

(3) Unidad de Cuidados Intensivos.
Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia, España.

(4) Servicio de Radiología.
Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid, España.

Contacto: avilesaranda@telefonica.net

Fecha de recepción: 07/09/2015
Fecha de aprobación: 29/01/2016

RESUMEN

Introducción: Se presenta un caso de herida crónica en miembro inferior asociada a patología vascular con mala evolución. El objetivo es constatar la resolución del caso con apoyo de una guía de práctica clínica.

Caso clínico: A través de un caso clínico, se contrastaron las recomendaciones para la cura de úlceras y heridas crónicas de la "Guía de Práctica Clínica de Enfermería para la Prevención y Tratamiento de Úlceras Por Presión y Otras Heridas Crónicas", de la Generalitat Valenciana. Alta del paciente tras tres meses de evolución. La cura en ambiente húmedo (CAH) y elección del tratamiento adecuado (terapia compresiva), permitió espaciar la frecuencia de atenciones, oscilando esta, entre las 48-72 horas, cuando se trababa de controlar la infección, hasta los siete días cuando el lecho y características de la herida, así lo permitieron.

Conclusión principal: Los tratamientos de úlceras basados en la evidencia disponible y apoyado por guías de práctica clínica, constituyen un apoyo efectivo para la consecución de los objetivos de cierre del deterioro de la integridad cutánea.

Palabras clave: úlcera, úlcera venosa, ambiente húmedo, evidencia, guía práctica clínica.

ABSTRACT

Introduction: We present a case of chronic wound in lower limb associated with vascular pathology with bad evolution. The objective is to ensure the resolution of the case with the support of a guide clinical practice.

Clinical Case: through a clinical case, contrasting the recommendations for the healing of ulcers and chronic wounds of the "Guide Practice Nurse Clinic for the Prevention and Treatment of Pressure Ulcers and Other Chronic Wounds", of the Generalitat Valenciana. Patient discharge after three months of evolution. The cure in moist environment (CME) and choice of treatment (compressive therapy), allowed spacing the frequency of attentions, ranging this, between the 48-72 hours, when it was trying to control the infection, up to seven days when the bed and features of the wound, so allowed.

Main conclusion: treatments of ulcers based on the available evidence and supported by clinical practice guidelines, constitute an effective support to the achievement of the objectives of closure of the deterioration of the skin integrity.

Key words: Ulcer, Venous Ulcer, Moist Environment, Evidence, Guideline Clinical Practice.

INTRODUCCIÓN

Las úlceras de origen venoso, son una de las complicaciones más importantes de la insuficiencia venosa crónica avanzada. Con la intención de solventar el problema que atañe a nuestra paciente, se elige, para tomar las decisiones de cuidado de esta úlcera, basarnos en las recomendaciones de la “Guía de Práctica Clínica de Enfermería: Prevención y Tratamiento de Úlceras Por Presión y Otras Heridas Crónicas”⁽¹⁾ de la Generalitat Valenciana. A pesar de que la guía es de 2008 y existe una versión posterior enfocada a las Úlceras por Presión⁽²⁾, se presenta como una de las más completas y fiables a nivel del Servicio Nacional de Salud, con respecto a la prevención y tratamiento de heridas crónicas.

Según esta guía⁽¹⁾, las úlceras de origen venoso son: “úlceras de forma irregular, de tamaño variable, superficiales con bordes mal delimitados, con lecho de la úlcera granulomatoso. Suelen ser exudativas y con pulsos arteriales presentes. La piel periulceral puede estar edematosa, con hiperpigmentación y evidencia episodios anteriores con esclerosis de la piel e induración. Su evolución es tórpida e insidiosa, de difícil cicatrización que tienden a recidivar”.

Dentro del apartado de úlceras venosas, la recomendación de evidencia más alta, corresponde a la medición del ITB como criterio diagnóstico y a la terapia de compresión como base para la buena evolución de este tipo de lesiones, ambas con una evidencia moderada (B)⁽¹⁾.

Objetivos:

- Describir la resolución del caso con apoyo de una guía de práctica clínica.
- Contrastar la validez de una Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia (grados A, B, C), a través de la resolución de un caso clínico.
- Reafirmar la terapia compresiva como piedra angular para la resolución de las úlceras de etiología venosa.
- Verificar, a través del caso clínico, que la cura en ambiente húmedo (CAH) y correcta elección del tratamiento a aplicar en las heridas crónicas es costo-efectiva.

DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

A través de un caso clínico de úlcera venosa en miembro inferior, se contrastan las recomendaciones para la cura de úlceras y heridas crónicas con la “Guía de Práctica Clínica de Enfermería: Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión y otras Heridas Crónicas”⁽¹⁾ Servicio Valenciano de Salud. Se pautó un Plan de Cuidados y se hizo registro de las atenciones prestadas.

Motivo de atención: Úlcera recidivante de 189 días de evolución en miembro inferior izquierdo que, según el personal de enfermería responsable de los cuidados, no sólo no está evolucionando como sería deseable, sino que está aumentando de extensión. Según refiere la paciente, en algunas de las recidivas, “ha tardado años en epitelizar”.

Antecedentes: Mujer de 84 años de edad, múltipara, diabetes tipo dos, hipertensa, cardiopatía isquémica hipertensiva. Cirugía de cadera izquierda con prótesis parcial. Colon irritable. Atrofia riñón derecho. Insuficiencia Renal Crónica. Anemia macrocítica multifactorial. Déficit Vitamina D.

Valoración nutricional MNA: F=3 (IMC >23). Riesgo moderado.

Valoración independencia funcional, índice de Katz: Dependiente en baño, vestido, uso retrete, movilidad y continencia. Utiliza andador y recibe asistencia de cuidador profesional.

Alergias: Penicilina, estreptomina, yodo y Pentosano polisulfato sódico(Trombocid). Intolerancia a ácido acetilsalicílico y lactulosa.

Tratamiento actual: Acenocumarol (Sintrom), Torasemida (Sutril) 5mg, Pícolato cálcico (Osvical D), Lansoprazol (Estomil), Carvedilol (Coropres) 6,25mg, Hidrocloruro de Metformina (Dianben) 850mg, Diazepam 5mg, Amlodipino 5mg, Sertralina hidrocloruro (Aremis) 50mg, Candesartán cilexetilo (Parapres) 16mg.

Plan de Cuidados (NANDA-NOC-NIC)^(3,4):

Diagnóstico de Enfermería: Deterioro de la integridad cutánea relacionado con deterioro de la circulación manifestado por destrucción de las capas de la piel (00046).

Criterios de Resultado: Curación de heridas por segunda intención (1103).

- Secreción serosanguinolenta.
- Necrosis
- Olor de la herida
- Piel macerada
- Disminución del tamaño de la herida
- Granulación.

Intervenciones Enfermeras:

1. Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa (4066).

- Realizar valoración exhaustiva de la circulación periférica.
- Realizar cuidados de la herida (desbridamiento, antibióticos), si es necesario.
- Aplicar apósitos adecuados al tamaño y al tipo de herida, según sea conveniente.
- Observar el grado de molestias o dolor.
- Enseñar al paciente la importancia de la terapia compresiva.
- Aplicar modalidades de terapia compresiva (vendajes corta/larga extensión), según sea conveniente.
- Elevar la pierna 20° o más por encima del nivel del corazón según sea conveniente.
- Animar al paciente a realizar ejercicios pasivos o activos de rango de movimiento, en especial de las extremidades inferiores, mientras esté encamado.

2. Cuidados de las Heridas (3660).

- Despegar los apósitos y el esparadrapo.
- Monitorizar las características de las heridas, incluyendo drenaje, color, tamaño, olor.
- Medir el lecho de la herida según corresponda.
- Limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico, según corresponda.
- Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje.
- Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.

Evolución de la lesión:

Fecha 02/02/2015 (Situación de partida):

Se observa úlcera en pierna en estadio III, superior al maléolo izquierdo externo. La herida presenta restos de esfacelos y biofilm bacteriano. Signos de infección. Tamaño: 8x7 cm. Exudado abundante y seroso^(Figuras 1 y 2).

Durante el periodo pre-intervención, el cuál duró 189 días, se registraron 79 intervenciones con respecto al cuidado de dicha úlcera, lo que conlleva una atención media cada 57,6 horas.

Escala FEDPALLA (piel perilesional): Grado III. La paciente no refiere dolor. Pierna muy edematizada en mitad proximal. La última cura la han realizado con colagenasa y espuma no adherente, acompañado de una gasa y venda de crepé, sólo puesta en tercio distal de la pierna.



Figura 1.

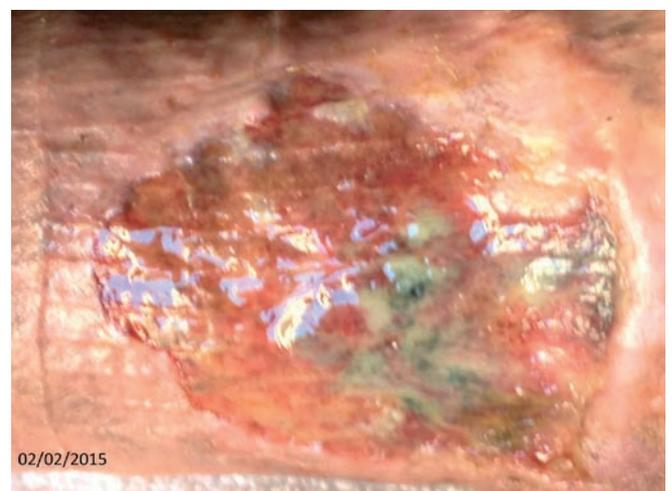


Figura 2.

Presenta pulsos pedios, buena temperatura en pierna y eccema de estasis venoso. Piel rugosa y descamativa. Se realiza ITB, con resultado de 1,1. No signos arteriopatía, aunque el resultado nos indica que hay un comienzo de rigidez en las paredes arteriales. Se recoge cultivo para identificación de cepas involucradas en la infección.

El tratamiento local realizado fue:

- Fomento de clorhexidina para el control de la infección tras erosión de biofilm: Si la úlcera presentaba signos de infección local intensificó la limpieza y desbridamiento. Lavado de zona con suero fisiológico (suero fisiológico) al 0,9%.
- Hidrofibra de hidocoloide con plata para tratamiento local de la infección (“como opción a la utilización de antibióticos locales se podría adoptar, como alternativa previa, la utilización de apósitos que contengan plata”, grado de recomendación A)⁽¹⁾ y cierre con apósito de espuma de poliuretano, fomentando la Cura en Ambiente Húmedo (CAH): “Existen evidencias clínicas que avalan el uso de apósitos basados en la cura de ambiente húmedo en relación costo-beneficio frente a la cura seca” (grado de recomendación B)⁽¹⁾.
- Aplicación de vendaje de baja elasticidad (cohesiva) previa protección con venda algodón 100% con la intención de ir reduciendo el edema progresivamente. No se decide aplicar terapia compresiva multicapas hasta reducir el edema parcialmente, por las patologías que presenta la paciente de base. Protección perilesional con copolímero acrílico en spray (“Utilizar productos barrera no irritantes para proteger a la piel de la humedad y de los adhesivos”, (grado de recomendación B)⁽¹⁾).
- Cura cada 48 – 72 horas.

Fecha 06/02/2015:

Ingresa en hospital por fractura de cadera el 06/02/2015. Se continúa con el tratamiento mientras está en el hospital. Cambios cada 48-72 horas. Allí recibe profilaxis antibiótica para la operación.

Durante su estancia en el hospital, se reciben los datos del laboratorio, aislando *Pseudomona aeruginosa* y *Escherichia coli*.

Fecha 18/02/2015:

Aprovechando su estancia en el hospital y dado el aspecto de la úlcera, se decide poner apósito de plata nanocristalina, con el fin de intentar controlar totalmente la posible infección. Cierre con apósito de espuma y vendaje, al que se le añade, entre el algodón y la venda cohesiva, un vendaje con crepé. Protección perilesional con copolímero acrílico en spray.

Fecha 23/02/2015:

Tras 5 días de tratamiento con apósito de plata nanocristalina (2 cambios), cierre con apósito de espuma de baja adherencia y vendaje, el aspecto del lecho de la úlcera presenta tejido de granulación, con exudado controlado, sin dolor ni olor. Buena evolución de epitelización desde bordes. Se procederá al desbridamiento del tejido no viable en bordes, siguiendo el concepto TIME. Limpiamos restos de placas epiteliales descamativas en pierna con solución oleosa.

Fecha 25/02/2015:

Intervención realizada en domicilio tras alta de la paciente. Tiene controlado el exudado. No signos de infección (Figura 3). Retiramos de la pauta de cuidados el uso de plata. Lavado con suero fisiológico 0,9 % (“Como norma utilice para la limpieza suero fisiológico, agua destilada o agua potable de grifo”, grado recomendación A)1 y se suspende antiséptico (“No es recomendable utilizar antisépticos de manera rutinaria en la limpieza de lesiones crónicas”, grado recomendación B)⁽¹⁾ secado con gasa. Hidrofibra de hidocoloide y cierre con apósito de silicona y espuma sin bordes. Protección perilesional con copolímero. Vendaje de algodón, crepé y cohesiva, con lo cual conseguimos un multicapas “casero”. Se decide poner este tipo de multicapas porque los cambios son, todavía, relativamente frecuentes como para que la venda “Urgo K2®” sea coste-efectiva.

Fecha 27/02/2015:

Numerosas zonas de crecimiento regeneración de epitelio (Figura 4). Tamaño: 4 x 6 cm.

Se desbridarán los restos no viables de epitelio en bordes de la lesión. Exudado moderado. Se cambia el copolímero acrílico para protección de bordes por pasta de Zinc al 30%. Protección del tendón de Aquiles con apósito de espuma con superficie de silicona. Se continúa con el mismo tipo de vendaje.



Figura 3.



Figura 4.

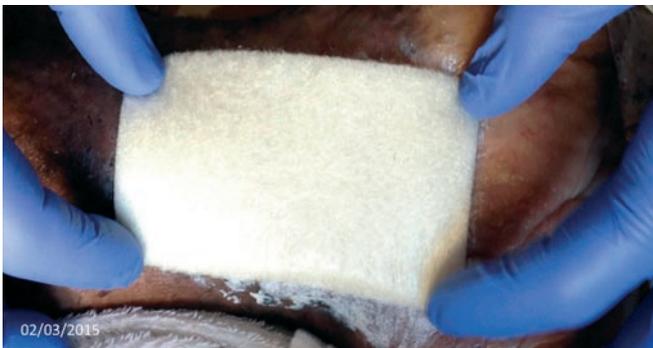


Figura 5.



Figura 6.

Fecha 02/03/2015:

Exudado más abundante (Figura 5). Cambiamos apósito de Hidrofibra por alginato. Se cubre la piel perilesional con pasta de Zinc 30%. Vendaje de algodón, crepe y cohesiva.

Fecha 09/03/2015: (figura 6)

Dado que la paciente ha tolerado bien los vendajes anteriores y el edema está disminuido, se decide empezar con terapia compresiva bicapa con vendajes elásticos preparados a tal efecto ("Urgo k2 ®"). Los apósitos siguen siendo los mismos y lavado con suero fisiológico 0,9%. Tamaño: 3'5 x 5 cm.

Fecha 13/03/2015:

Continuamos con la misma pauta de tratamiento. Cura cada 5 días.

Fecha 18/03/2015:

Buena epitelización desde los bordes. Tamaño: 3 x 2,5 cm. Continuamos con la misma pauta de tratamiento. Cura cada 5 días.

Fecha 23/03/2015:

Continúa la epitelización (Figura 7). Ha reducido su tamaño en 0,5 cm, tanto de longitud como de anchura.

Fecha 27/04/2015 (Resolución del caso):

En esta fecha la úlcera se encuentra prácticamente cerrada (Figura 8), midiendo la zona con deterioro de integridad cutánea 1,3 x 0,5 cm. Además, presenta lenguas de epitelización en el centro de la misma controlado el posible edema.

DISCUSIÓN

La intervención y las decisiones basadas en evidencia, aplicadas a nuestro caso clínico de úlcera venosa de miembro inferior, con una evolución tórpida durante 186 días, dio como resultado que en 90 días haya una resolución exitosa del caso y se procediera al alta por curación de la lesión.

Se realizó tratamiento de Cura en Ambiente Húmedo (recomendación B) y Terapia de compresión (recomendación B), tras medición del ITB (Índice Brazo Tobillo) como criterio diagnóstico (recomendación B). Cambio de Apósitos con plata cada 48-72 horas hasta control de la infección con apósitos con plata (recomendación A).

Como norma general, sin signos de infección, la limpieza de la herida se realizó con suero fisiológico al 0.9% (recomendación A), ya que no es recomendable el uso de antisépticos de forma rutinaria para la limpieza de lesiones crónicas (recomendación B).

La CAH y las recomendaciones basadas en la evidencia, permitieron espaciar la frecuencia de atenciones, oscilando esta, entre las 48-72 horas, cuando se trataba de controlar la infección, hasta los siete días cuando el lecho y características de la herida, así lo permitieron. Este hecho queda plasmado en que durante el periodo pre-intervención, la cual duró 189 días, se registraron 79 intervenciones con respecto al cuidado de dicha úlcera, lo que conlleva una atención media cada 57,6 horas. En contraste, durante los 90 días posteriores al comienzo de la intervención (hasta el alta del paciente), se registraron 19 intervenciones, lo que implica una intervención, de media, cada 114 horas.

CONCLUSIONES

- Los tratamientos de úlceras basados en la evidencia disponible y apoyado por guías de práctica clínica, constituyen un apoyo efectivo para la consecución del objetivo de restauración de la integridad cutánea.
- Se confirma, en este caso clínico, que el manejo de la úlcera de etiología venosa se debe apoyar en la terapia compresiva.
- La cura en ambiente húmedo, permite espaciar la frecuencia de cuidados de la úlcera y ahorrar tiempo y recursos.



Figura 7.



Figura 8.

- Las curas y elección del apósito se han de adaptar a las características de la herida para ser costo-efectivas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Generalitat Valenciana; Conselleria de Sanitat. Guía de Práctica Clínica de Enfermería: Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión y otras Heridas Crónicas. Valencia: Conselleria de Salut. Generalitat Valenciana; 2008. [Acceso septiembre de 2015]. Disponible en: http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/gpcENF_ULCERAS.pdf
2. Generalitat Valenciana; Conselleria de Sanitat. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. Valencia: Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana; 2013. [Acceso septiembre de 2015]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_520_Ulceras_por_presion_compl.pdf
3. Johnson M, Moorhead S, Bulechek GM, Butcher HK, Maas ML, Swanson E. Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y Diagnósticos Médicos: Soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados. Barcelona: Elsevier Health Sciences; 2012. p. 160-162.
4. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CH. (2013). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Barcelona: Elsevier Health Sciences; 2013. p. 134, 143.