GEROKOMOS/HELCOS
Volumen VIII
Número 21
Páginas VI a XII
Julio 1997

Rincón científico

COMUNICACIONES

Mª I. Romo Sanz

Estudio realizado en Atención Primaria en heridas según la fase de curación con un tratamiento combinado*

D.U.E. Centro de Salud "Pizarrales". Salamanca.

* Premio SEEGG-B. BRAUN Edición 1997 "Cuidado de las lesiones cutáneas en el anciano". 1er Congreso Internacional de Enfermería Geriátrica. Barcelona, 28-31de mayo de 1997.

Correspondencia:
Mª I. Romo Sanz
Las Navas, 1-7, 3º C
Salamanca

INTRODUCCIÓN

La importancia en la reparación y curación de las heridas radica en una buena reparación de la dermis, de la membrana basal y de la epidermis, actuando de forma diferente y empleando el tratamiento idóneo en cada caso, controlando las complicaciones tardías debido a la contaminación (infección) y favoreciendo el proceso de cicatrización.

Las medidas y el tratamiento programado vienen determinadas en cada caso por las características especificas de la lesión.

Los pacientes estudiados presentan diferentes tipos de lesiones, la mayoría tienen una patología venosa severa de las extremidades inferiores, cuadros de isquemia importantes y síndromes metabólicos asociados como diabetes o hipertensión.

La importancia de esta patología radica en su elevada frecuencia. Muchos de estos cuadros son de evolución crónica, favoreciendo la aparición de complicaciones que requieren tratamientos prolongados, ocasionando un elevado absentismo laboral con una importante repercusión socioeconómica que debe ser considerada a la hora de establecer un diagnóstico, así como aplicar la terapéutica apropiada.

Los sujetos diabéticos presentan mayor riesgo de padecer lesiones isquémicas severas de las extremidades, debido a la existencia de una microangiopatía que favorece la presencia de lesiones digitales que progresan rápidamente.

Este tipo de cuadros en Atención Primaria, bien sea en la consulta de enfermería o en domicilio, representa un importante problema por la complejidad de las lesiones y la dedicación que éstos requieren.

El propósito fundamental es crear un ambiente idóneo en las diferentes fases de la cicatrización de las heridas, determinado por condiciones de humedad, temperatura, aporte de oxígeno y Ph, protección ante infecciones y limpieza de las lesiones.

OBJETIVO

Valorar la eficacia en la cicatrización y curación de las heridas, empleando un tratamiento programado y un tipo de apósito en función del estado de la lesión.

PRODUCTO A TESTAR

— Alginato de Calcio - Sorbalgón®.
— Hidrogel - Hydrosorb®.
— Hidrocoloide Estandar - Hidrocoll®.
— Láminas Semipermeables - Hydrofilm®.
(Productos Unitex Hartmann)

Se valoran:

1. Los apósitos

- El poder de absorción.
- El poder de limpieza.
- Impedir la contaminación.
- Mantener el grado de humedad de la lesión.
- Mantener la herida a una temperatura elevada.
- Que sea indoloro.
- Fácil de colocar y retirar - elasticidad.
- Buena aceptación.

2. Los pacientes

- La localización de la lesión.
- El tamaño.
- El aspecto de la lesión.
- La antigüedad de las lesiones.

MATERIAL Y MÉTODO

Descripción de la muestra

Los Pacientes:

El estudio se realiza con 46 pacientes, 18 varones y 28 hembras con diversas lesiones en diferentes fases o estadios.

Se incluyen en un protocolo de estudio según fueron llegando a la Consulta de Enfermería o en domicilio, pertenecientes todos ellos a la población del Centro de Salud «Pizarrales» en Salamanca, y que presentaban heridas y lesiones cutáneas de distintas etiologías y en diferente grado de evolución.

Se informó a los pacientes del tipo de tratamiento a realizar. Los sujetos con patología vascular recibían tratamiento médico etiológico encaminado a potenciar y favorecer el retorno venoso, y medidas higiénico-dietéticas y posturales.

El periodo en que se efectuó el estudio fue de febrero a agosto de 1996. Aunque el periodo evaluado es de 8-10 semanas.

En cuanto al % de curación, se obtiene una media de 90,10±2,9%.

Factores predisponentes

1. Edad

La mayoría de los pacientes tenían una edad avanzada, lo que dificulta el proceso de curación.

Su sistema inmunitario está más deprimido, lo cual facilita el riesgo de infecciones.

Pérdida de elasticidad y vascularización de la piel.

2. Estado general

Nos encontramos cuadros de patologías crónicas asociadas, como la hipertensión o diabetes.

Cuadros severos de déficits venosos.

3. Nutrición e hidratación

Muchos de los individuos estudiados presentaban cuadros de mala nutrición y deshidratación severa con déficits vitamínicos y proteínicos que nos dificultan la evolución en el proceso cicatricial.

4. Mala movilidad

Que dificultan considerablemente el proceso de cicatrización por la mala evolución del retorno venoso.

Análisis de la muestra

El estudio se realiza con 46 pacientes, 18 varones y 28 hembras.

La edad de los pacientes, siguiendo una escala, es la siguiente:

— De 10-20 años: 2 pacientes.
— De 21-40 años: 0 pacientes.
— De 41-60 años: 12 pacientes.
— De 61-80 años: 24 pacientes.
— De 81-100 años: 8 pacientes.

La media de edad de los pacientes estudiados es de 65,21±2,9 años.

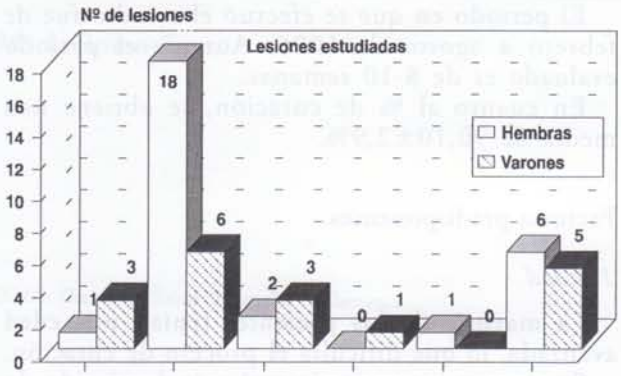


Gráfico 1. *Descripción de las lesiones según Etiología y Localización.*

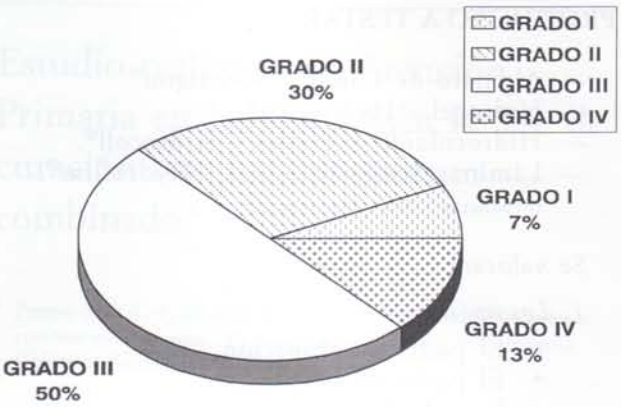


Gráfico 2. *Grados de profundidad de las lesiones*

Etiología de las lesiones estudiadas (gráf. 1)

— Quemaduras: 4
— Úlcervas vasculares venosas: 24
— Úlceras vasculares arteriales: 5
— Úlceras fistulizada: 1
— Úlcera traumática: 1
— Úlcera traumática: 1

Tamaño de las lesiones

La descripción de las lesiones se evalúa siguiendo parámetros como longitud, anchura y profundidad, sirviéndonos de dispositivos de medida existentes en el mercado, o marcando la superficie sobre el apósito, que nos podrá dar una base para evaluar la superficie y el contorno, así como la evaluación del área de la lesión para una buena determinación en el proceso de cicatrización.

En el tamaño de las lesiones, encontramos una media de 16,05±3,5 cm².

Profundidad de la lesión

Las lesiones se valoran siguiendo un protocolo estandarizado, en el que significamos:

— *Grado I:* Lesión que afecta a toda la piel. Epidermis y dermis. Aparecen ampollas o flictenas. 3 lesiones.
— *Grado II:* Afectación del tejido celular subcutáneo. Lesión más profunda. 14 lesiones.
— *Grado III*: Pérdida total de la epidermis y tejido subcutáneo. Con signos de infección o esfacelada. 23 lesiones.
— *Grado IV:* Pérdida total del grosor de la piel Con destrucción muscular y recorridos sinuosos. 6 lesiones.

La media de la profundidad es de 11,5±4,48 (gráf. 2).

Aspecto de la lesión (gráf. 3)

Siguiendo un protocolo de valoración:

1. Ampollas o flictenas: 4 lesiones.
2. Infectadas y/o esfaceladas: 16 lesiones.
3. Con tejido de granulación: 9 lesiones.
4. Dermatitis ezcematosas: 2 lesiones.
5. Dermitis esclerosas: 2 lesiones.
6. Dermitis de estasis: 1 lesión.
7. *Con tejido necrótico:* Se emplea una escala según la necrosis:
   - De 0-25: 2 lesiones.
   - De 26-50: 3 lesiones.
   - De 51-100: 7 lesiones.
8. *Dolor:* Empleando igualmente una escala de valoración. Destacan las úlceras arteriales y las venosas localizadas en la región paramaleolar como muy dolorosas.
   - Dolor Leve: 8 lesiones.
   - Dolor Moderado: 21 lesiones.
   - Dolor Fuerte: 17 lesiones.

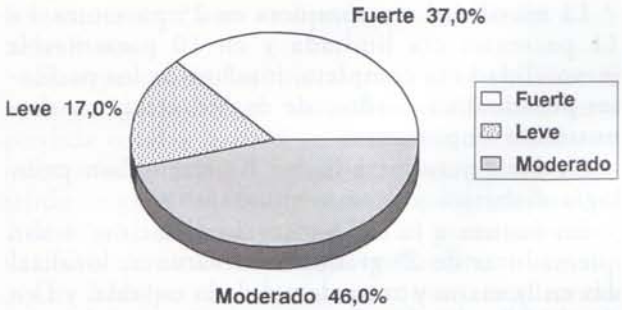


Gráfico 3. *Valoración del grado de dolor*

Antigüedad de las lesiones

Se valora por la historia clínica del paciente y la herida, al ser captados por primera vez en la consulta o en domicilio, incluyéndose en protocolo de tratamiento. Hay que hacer constar que algunos pacientes presentaban lesiones de muy larga evolución tratados con multitud de tratamientos sin haber obtenido resultados de curación.

De los 46 pacientes estudiados se realiza una escala para cuantificar los días de evolución.

- De 0-50 días: 35 lesiones.
- De 5-100 días: 6 lesiones.
- De 101-150 días: 3 lesiones.
- De 151-200 días: 2 lesiones.

La antigüedad media de las lesiones es de 38,97±6,3 días.

Protocolo de estudio

— Se incluyen en un protocolo establecido que durará entre 8-10 semanas.
— Se realiza un tratamiento básico de limpieza.
— Se aplica tratamiento de elección según la fase de la herida.
— El apósito de hidrogel (Hydrosorb®) se utiliza en lesiones crónicas no infectadas, deshidratadas, y en quemaduras.
— El apósito de Alginato de calcio (Sorbalgón®) se utiliza en cualquier tipo de lesiones cavitadas e infectadas.
— El Hidrocoloide (Hydrocoll®), para heridas muy exudativas, crónicas con dificultades de curación.
— Las láminas de film semipermeables (Hydrofilm®) se emplean en fase de epitelización o como protección.
— Se pueden combinar los apósitos.
— Se rellena la hoja de seguimiento de forma semanal.
— Se realiza un seguimiento fotográfico en todos ellos.

Materiales empleados

— Suero fisiológico.
— Loción jabonosa.
— Material de curas: gasas, vendas elásticas, compresas, paños de campo estériles, esparadrapo antialérgico.
— Pinzas, tijeras, bisturí....
— Guantes estériles.
— Apósitos: Hidrogel (Hydrosorb®)
— Alginato cálcico (Sorbalgón®)
— Hidrocoloide (Hydrocoll®)
— Láminas de film transparente (Hydrofilm®)

Protocolo de actuación

— Se crea un campo estéril para la limpieza de la herida.
— Colocación de guantes estériles.
— Lavado de la lesión con suero fisiológico y loción jabonosa realizando aclarado de arrastre.
— Desbridamiento quirúrgico de las lesiones con tijera o bisturí retirando el tejido esfacelado o necrótico.
— Desbridamiento autolítico que realiza el propio apósito en el caso del alginato de calcio o el hidrocoloide.
— Los apósitos se emplean solos o combinándolos entre si, según la naturaleza de la lesión, manteniéndolos varios días.
— En los casos en que la herida sobrepasa los límites del apósito, se colocan dos o más, superponiéndolos.

A) *En úlceras venosas:* Además de lo descrito anteriormente:
- Se realiza vendaje de la extremidad con venda elástica desde la raíz de los pies hasta el muslo.

X

- Evitar la obesidad y el sedentarismo educando al paciente para realizar ejercicio físico y caminar.
- Tratamiento médico etiológico de la enfermedad varicosa con flebotónicos.

B) *En úlceras arteriales:* Se realiza el protocolo de limpieza.

- Tratamiento específico de la hipertensión.
- Consejos para una dieta adecuada, evitando la sal, el exceso de grasas e hidratos de carbono.
- Evitar el tabaco y el alcohol.
- Poner especial cuidado en los pies y prevención de lesiones cutáneas, especialmente en pacientes diabéticos.

C) *En úlceras por presión:* Además de realizar el protocolo de limpieza:

- Prevención de las lesiones realizando una correcta educación a la familia.
- Realizar cambios posturales según necesidad.
- Mejorar el estado general del paciente mediante un buen aporte nutritivo e hídrico.
- Evitar todos los procesos que maceran y favorecen la contaminación de los tejidos, evitando la incontinencia urinaria y/o fecal.

RESULTADOS

Del total de la muestra de 46 pacientes, 28 son hembras y 18 son varones. El grado de cicatrización de las heridas en el periodo evaluado es de un 90,10% y el tiempo medio de curación es de 46,13±1,9 días.

De los 46 pacientes, 3 abandonaron el tratamiento por cambio de residencia y 1 paciente, con una úlcera por presión de gran tamaño en sacro, murió a los 20 días de tratamiento con alginato de calcio solo o combinado con hidrocoloide, después de conseguir una mejoría considerable de la lesión.

La mayoría de los pacientes tenían una edad avanzada, encontrándose en el grupo de estudio 44 pacientes con edades comprendidas entre 41 y 90 años.

La movilidad era completa en 25 pacientes, en 11 pacientes era limitada y en 10 pacientes la inmovilidad era completa, muchos de los pacientes presentaban cuadros de deshidratación y desnutrición importantes.

De los sujetos estudiados 8 presentaban patología diabética y 6 eran hipertensos.

En cuanto a la etiología y localización: 4 son quemaduras de 2º grado, 3 en varones, localizadas en la mano y zona dorsal de la espalda, y 1 en una hembra localizada en la cara anterior del pie, con ampollas y pérdida de la dermis superficial, con 5 días de evolución cuando comenzó a tratarse, cicatrizando un 100% en menos de 30 días de tratamiento.

Una úlcera fistulizada e infectada después de una laparotomía postoperatoria, evolucionó en 49 días de tratamiento.

La úlcera traumática tratada presentaba una necrosis en su totalidad localizada en la cara anterior de la extremidad inferior derecha, se desbrida quirúrgicamente y evoluciona un 85 % después de 30 días de tratamiento con alginato de calcio e hidrogel. La paciente abandonó el tratamiento por cambio de domicilio.

Las dermatitis y las dermitis de ezcematosas mejoran considerablemente en el 90% de los casos.

Los pacientes que presentaban patología vascular venosa severa son 18 hembras y 6 varones. La localización principal de las lesiones son: Cara anterior del miembro inferior, 6 son mujeres y 3 hombres. En la cara anterior borde inferior, de la extremidad inferior, 7 son hembras y 2 son varones. Maleolares externas, 2 lesiones, en hembras y 1 en un varón. En maleolo interno las lesiones que se estudian son 2 en hembras.

En cuanto a la patología arterial, 3 lesiones son en varones, con un cuadro de limfangitis asociada muy importante. 1 hembra presenta una úlcera arterial localizada en la cara anterior de la extremidad inferior muy dolorosa, y otra hembra presentaba una úlcera en la cara anterior del miembro inferior.

El tamaño de las heridas es de 16,05±3,5 cm^2 de media.

La profundidad de las lesiones según el grado de afectación es de: Grado 1, 3 lesiones; Grado II, 4 lesiones; Grado III, 23 lesiones; Grado IV,

6 lesiones con una media de afectación de 11,5 ±4,48 cm.

El aspecto de las lesiones es el siguiente: 4 lesiones presentaban ampollas o flictenas con pérdida total o parcial de la dermis. 16 lesiones infectadas y esfaceladas. 9 lesiones presentaban tejido de granulación. 2 tenían dermitis esclerosas. 2 dermatitis ezcematosa y 1 lesión presentaba una dermitis de estasis de larga evolución.

Las heridas con tejido necrótico, empleando una escala según la necrosis: del 0% al 25%, 2 lesiones. Entre el 26% al 50%, 3 lesiones. Del 51% al 100%, 7 lesiones.

El dolor, valorado según lo expresaba el paciente fue: Leve en 8 casos. Dolor moderado: 21. Dolor fuerte: 17 pacientes, generalmente en úlceras y las localizadas en la zona inferior y paramaleolar de la pierna mostraron dolor continuo en reposo y de predominio nocturno. En los casos de úlceras venosas dicen tener dolor moderado 21 de los pacientes.

La antigüedad de las lesiones es de 38,97±6,3 días de media, presentándose heridas de larga evolución que no habían respondido a tratamientos anteriores. 2 de los pacientes presentaron un cuadro alérgico en la zona perilesional por tratamientos locales aplicados con anterioridad.

El tratamiento se realiza empleando los apósitos sometidos a estudio, solos o combinados, el alginato de calcio con el hidrogel o las láminas de film semipermeables manteniéndolos varios días.

El numero de curas efectuadas es de 355 totales, 283 con hidrogel, 108 con alginato de calcio, 43 con hidrocoloide y 35 con las láminas de film transparente.

En 49 curas se empleó hidrogel + alginato de calcio, manteniendo los cambios entre 3 y 5 días. En 12 casos se empleó el alginato de calcio + las láminas de film semipermeables, permaneciendo hasta 5 días puesto.

El tiempo medio de retirada del apósito de hidrogel fue entre 5 y 7 días, el hidrocoloide se mantuvo puesto una media de 6 días, dependiendo del grado de exudado de la herida. El film transparente se emplea como complemento de la cicatrización, en la fase de epitelización, manteniéndolo hasta 8 días sin deteriorarse o combinándolo con el alginato de calcio. El grado de cicatrización en el periodo evaluado es de 90,10 %. 21 lesiones cicatrizaron al 100% con una media de 46,13 días. El resto de las heridas cicatrizaron un 81,8% en el periodo testado.

DISCUSIÓN

El estudio elegido y la diversidad de lesiones y casos, 46, empleando un tipo de apósito según la fase de la herida, permite dar respuesta a los objetivos establecidos Los pacientes sometidos a estudio que presentaban úlceras vasculares corresponden con la localización más frecuente en este tipo de lesiones; aunque afectaba a ambos sexos, el mayor número de casos ha sido en hembras 28 y 18 en varones. Seis, en edades comprendidas entre 40 y 60 años y con antecedentes de patología vascular varicosa o post-flebítica importante. Las úlceras por presión tratadas son, la mayoría de gran tamaño y altamente exudativas, en las que el alginato de calcio cumplió las expectativas esperadas, realizando una limpieza muy rápida con un gran poder de absorción, empleándolo solo o combinado con otros apósitos, favoreciendo rápidamente la granulación. En el caso de heridas crónicas y estancadas en el periodo de cicatrización, el empleo del hidrogel mejoró considerablemente la lesión, reactivando el tejido con gran poder proliferativo, mejorando la herida sin macerar los bordes. Otro dato significativo es que en lesiones hipergranuladas, sobrepasando los bordes de la herida, el apósito aplanó el tejido favoreciendo la epitelización. La sensación de frescor y el no adherirse a la herida, en el caso del hidrogel, hace que el dolor desaparezca por completo. En ninguno de los casos en que se emplean los apósitos se daña el tejido neoformado. Respecto a la reducción del tamaño de las lesiones, hay que destacar la efectividad del apósito. El 95% de las lesiones han cicatrizado un 100%. El número y frecuencia de los cambios del apósito corresponde a lo descrito en sus indicaciones, reduciendo el número de curas, sobretodo cuando se emplean conjuntamente, mejorando sus cualidades empleándolos así. El tiempo de permanencia corresponde a las expectativas esperadas, reduciendo el número de curas y materiales empleados.

En los casos en que se realizó un desbridamiento quirúrgico, la lesión evolucionó mejor.

XII En cuanto a las medidas higiénico-dietéticas y la educación sanitaria realizada a los pacientes, hacen que los tratamientos avancen más rápidamente. En relación con la eficacia de curación, la información técnica contenida en el dossier de los apósitos, concuerda con el resultado obtenido. Existe una buena evolución y tolerancia del apósito de hidrogel en las úlceras crónicas y tórpidas. Como conclusión principal, el tratamiento progresivo de las heridas, empleando un tipo de apósito en cada fase, ha respondido a los objetivos esperados.

CONCLUSIONES

El alginato de calcio (Sorbalgón®)

— Poder de absorción muy elevado.
— Gran poder de limpieza.
— No se adhiere a la herida.
— Es indoloro.

El hidrogel (Hydrosorb®):

— Evolución muy rápida en la fase de granulación.
— Desaparición total del dolor, por la sensación de frescor que produce.
— Favorece rápidamente la epitelización.
— Muy buena aplicación por su elasticidad.
— Desaparición total del olor en las curas.
— No macera los bordes de la lesión.

El hidrocoloide (Hidrocoll®)

— Buena granulación.
— Rápida evolución de la herida por su alto poder de absorción.

Las láminas de film semipermeables(Hydrofilm®)

— Consigue una epitelización muy rápida.
— Mejora la piel perilesional.

En el tratamiento combinado

— Se reduce el número de curas.
— Mas tiempo de permanencia del apósito.

EXPOSICIÓN DE ALGUNOS CASOS

Caso 1

Paciente de 20 años que acude a la consulta de enfermería presentando una quemadura de 2º grado por escaldadura, de 5 días de evolución.

Diagnóstico de enfermería

Quemadura de 2º grado en cara anterior del pie derecho por escaldadura. Presenta ampollas y pérdida total de la dermis.

La paciente refiere fuerte dolor en la deambulación.

Tratamiento y curación

Se realiza limpieza de la lesión, creando campo estéril, con suero fisiológico y limpieza de arrastre.

Secado cuidadoso con gasas estériles.

Se aplica apósito de Hydrogel (Hydrosorb®) y vendaje oclusivo con gasas y venda elástica.

Se recomienda reposo relativo de la extremidad afectada.

Se realizan curas cada 6 días, siguiendo el mismo protocolo de actuación.

La lesión cura totalmente sin dejar cicatriz a los 30 días de tratamiento.

Número de curas realizadas: 5.

Apósitos utilizados: 5.

Intervalo de cambios: cada 6 días.

Caso 2

Paciente de 68 años que acude a la consulta por presentar úlcera arterial en región posterior del miembro inferior izquierdo. La lesión tiene una evolución de 6 meses, habiéndose tratado anteriormente con infinidad de productos sin obtener resultados.

Diagnóstico médico

Obesidad tipo II Mórbida, Hipertensión Arterial, Insuficiencia arteriovenosa crónica de larga evolución.

Diagnóstico de enfermería

Úlcera arterial infectada, con bordes irregulares, situada en la región posterior del miembro inferior izquierdo. Muy dolorosa.

Tratamiento curación

Se realiza limpieza de la herida según la técnica habitual. Se aplica Alginato de calcio (Sorbalgón®) + Hydrogel (Hydrosorb®), manteniendo la cura durante 5 días. La paciente refiere la desaparición total del dolor desde la primera cura. El nº de curas combinadas es de 5.

Y otras 5 curas más con Hydrogel (Hydrosorb®), manteniendo el apósito durante 7 días.

Se dictan al paciente las medidas higiénico-dietéticas y posturales habituales.

Se obtiene una cicatrización de un 90% en las 8 semanas de protocolo.

Llega a la curación total de la lesión en 86 días de tratamiento.

XIV **Caso 3**

Paciente de 56 años que acude a la consulta de enfermería presentando una úlcera vascular de origen varicoso en maleolo externo. La antigüedad de la lesión es de 2 meses.

Diagnóstico médico

Síndrome vascular varicoso de ambas extremidades inferiores. Recibe tratamiento médico con venotónicos.

Diagnóstico de enfermería

Úlcera venosa-varicosa en región maleolar derecha. El tamaño es de 3 × 4 cm². Bordes irregulares. Lesión infectada, sin apenas tejido de granulación y muy dolorosa.

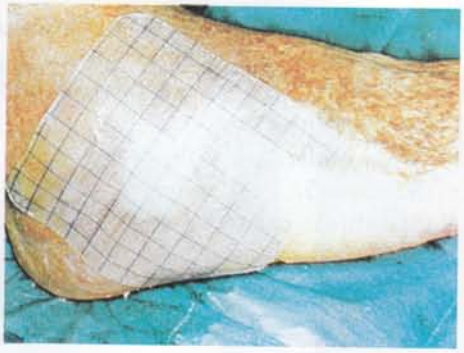
Tratamiento curación

Se realiza limpieza de la herida según la técnica habitual, aplicando Alginato cálcico (Sorbalgón®) + Hydrogel (Hydrosorb®) durante 3 curas con un intervalo de cambios de 5 días.

Se realizan 6 curas con Hydrogel (Hydrosorb®) cada 7 días, se aplica vendaje elástico de la extremidad y medidas higiénico posturales habituales.

A las 8 semanas de tratamiento, la lesión ha cerrado un 75% y la desaparición del dolor es total.

La curación completa se obtiene a los 90 días de tratamiento.



Caso 4

Paciente de 86 años, que presenta úlcera por presión en talón derecho con costra necrótica de 15 días de evolución, apareciendo en su ingreso en el hospital.

Diagnóstico médico

Diabetes tipo II, insulino dependiente. Déficit metabólico importante con cifras de glucemia descompensadas.

Diagnóstico de enfermería

Úlcera por presión en talón derecho con necrosis total. Tamaño 8 × 6 cm², con bordes irregulares.

La paciente presenta un grado de inmovilidad total. Se acude al domicilio para realizar las curas.

Se aplica primero tratamiento con Hydrocoloide (Hydrocoll®) y vendaje de pie y talón.

Se mantiene 7 días retirando el apósito y realizando un desbridamiento quirúrgico para retirar la placa necrótica. Las 3 curas siguientes se realizan con Alginato cálcico (Sorbalgón®) e Hydrocoloide (Hydrocoll®), curando en intervalos de 6-7 días. En las siguientes 7 curas restantes sólo se aplica Hydrocoloide cada 7 días.

En fase de epitelización se aplican las láminas de film transparente (Hydrofilm®) manteniéndolo 8-9 días hasta la total epitelización.

Se realizan controles periódicos de glucemia y educación sanitaria a la familia en cuanto a nutrición, higiene y cambios posturales.

XVI Caso 5

Paciente de 72 años que acude a la consulta de enfermería presentando una lesión traumática en la pierna derecha por una caída.

Diagnóstico de enfermería

Lesión necrótica sangrante con bordes irregulares provocada por un traumatismo. La antigüedad de la lesión es de 1 día de evolución, y el tamaño es de 15 x 6 cm^2.

Tratamiento curación

Se realiza limpieza de la lesión, creando un campo estéril. Se lava con suero fisiológico, se retiran esfacelos y parte del tejido necrosado, quirúrgicamente.

Las curas que se realizan son: 3 con Alginato cálcico + Hydrogel, poniendo 2 apósitos de forma superpuesta; el intervalo de cambios es de 4 días.

Se realizan 3 curas más aplicando Hydrogel (Hydrosorb®) manteniéndolo 6 días. El tratamiento se sigue durante 30 días, obteniendo una mejoría en la lesión de un 80 %.

La paciente abandonó el tratamiento por cambio de domicilio.

BIBLIOGRAFIA

CHUMILLAS LUJÁN, 5. y cols. (1995). "Nutrición y Alteraciones Endocrino-Metabólicas en el paciente Inmovilizado". Madrid; Rev. Rehabilitación; Nº 29; 425-434.

DORIA FERNÁNDEZ, J. "Apósitos de colagenasa y lesiones vasculares, resultados terapéuticos". Rev. Rol. Enfermería. Nº 160.

ENCICLOPEDIA LAROUSSE DE LA ENFERMERÍA (1994). Barcelona. Larousse Planeta, S.A. Vol 5.

ETIOLOGIA Y TRATAMIENTO DE LAS HERIDAS CUTÁNEAS. "Úlceras de Decúbito". Lab. Knoll.

ETIOLOGIA Y TRATAMIENTO DE LAS HERIDAS CUTANEAS. "Úlceras varicosas". Madrid. Lab. Knoll.

IGLESIAS RODRÍGUEZ, L. y cols. (1996). "Un paciente con úlceras cutáneas". Medicina Integral. Vol. 28; nº 4; Septiembre, 151-160.

INFORMACION BÁSICA SOBRE EL TRATAMIENTO DE LAS HERIDAS ACORDE CON LAS FASES DE CURACIÓN PROGRESIVA (1995). Lab. Hartmann: Dossier Técnico; Diciembre.

JIMÉNEZ COSSIO, J. A. y cols. (1991). "Conocimientos básicos de las enfermedades arteriales, venosas y linfáticas". Barcelona; De. Centro de Documentación; Lab. Uriach. 27-43.

LATORRE VILLALONGA, J. (1995). "Patología Venosa de los Miembros Inferiores". De Jims, S.A.

LATORRE VILLALONGA, J. y cols. (1995). "Isquemia crónica en Miembros Inferiores". Lab. Hoeschst.

LÓPEZ MULET, M. y cols. "El Paciente protagonista de su propia curación". Rev. Rol. Enf. Nº 154.

MANUAL PARA EL CUIDADO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN. Lab. Convatec, S.A; Barcelona.

MANUAL PARA EL CUIDADO DE LAS ULCERAS VASCULARES. Barcelona. Lab. Convatec, S.A.

PG. BOWLER BSC MIBIOL MHIS AIBMS. (1996). "La función de los apósitos oclusivos en el control de las infecciones". Tratamiento de las Heridas; Nº 1.

PORF AZCONA ELIZALDE, J. M. y cols. (1991). "Exploración clínica vascular básica y funcional". De Garsi, S.A. Hoeschst Ibérica, S.A.

GEROKOMOS/HELCOS
Volumen VIII
Número 21
Julio 1997

Estudio realizado en Atención Primaria en heridas según la fase de curación con un tratamiento combinado

PROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA VENOSA (1996). Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. S.E.P.A.R.

ROMA, M. y cols. "Úlceras de piel". Rev. Rol. Enf. Nº 136.

SOLDEVILLA AGREDA, J. J. (1994). "Guía Práctica en la Atención de las Úlceras de Piel". Lab. Braun.

SOLDEVILLA AGREDA, J. J. (1994). "¿Cómo valorar y describir una úlcera cutánea?" Rev. Gerokomos, Nº 10: 3-10.

TORRA I BOU, J. J. (1990). "Atención Domiciliaria: Utilidad Estratégica y Objetivos". Rev. Rol. Enf. Nº 137: 31-36.

TORRA I BOU, J. J. (1995). "Tratamiento de úlceras por presión a domicilio". Rev. Rol. Enf. Nº 205, Septiembre.

TORRA I BOU, J. J. (1995). "Tratamiento de úlceras venosas en consultas de Enfermería". Rev. Rol. Enf Nº 206, Octubre.

novedad

Un tomo (14 x 22 cm) con 728 páginas ilustrado con figuras y tablas. Encuadernado en espiral. ISBN: 84-458-0538-X ©1997

Con datos de laboratorio sobre más de 400 enfermedades.

De utilidad clínica inmediata: Téngala siempre a mano a la hora de SOLICITAR e INTERPRETAR ANÁLISIS.

La Clínica y el Laboratorio

Interpretación de análisis y pruebas funcionales
Exploración de los síndromes
Cuadro biológico de las enfermedades

A. Balcells

17ª edición

- **Nueva edición** de este clásico libro para la práctica clínica, un auténtico vademécum que orienta al médico a la hora de solicitar un exámen complementario y le ayuda en la lectura e interpretación de los resultados del laboratorio.
- En esta 17ª edición, el autor ha efectuado una revisión y actualización completas, **incorporando más de 200 modificaciones** del texto para aclarar los conceptos y mejorar la información.
- Entre los muchos aspectos relevantes que ofrece la nueva edición **merece destacarse:**
  - *Inclusión de la semiología de laboratorio en una serie de nuevos procesos.*
  - *Los hallazgos de laboratorio y su significación clínica se han completado con la inclusión de nuevos temas.*
  - *En las tablas de valores se ha separado el grupo de exámenes inmunológicos del resto de análisis séricos.*
  - *Comenta la biología molecular y la genética en el grado que puede interesar al clínico.*

ÍNDICE DE CAPÍTULOS (extracto):

I. *Hallazgos de laboratorio* (Capítulos 1 a 14) 1
II. *Pruebas funcionales* (Capítulos 15 a 21) 295
III. *Exploración de los síndromes con el laboratorio* (Capítulo 22) .. 377
IV. *El laboratorio en las enfermedades* (Capítulos 23 a 34) 425
V. *Sumario de constantes biológicas. Tablas de valores normales* ... 661
Índice alfabético de materias 674

TARJETA DE PEDIDO

☑ **Sí,** deseo remitan a mi nombre esta obra:

BALCELLS: *La Clínica y el Laboratorio* 17ª edición (cód. 0538)

PVP: 6.900 Ptas. con IVA y 6.635 sin IVA

FORMA DE PAGO:
Contra reembolso sin cargo alguno.

Nombre _____
1º Apellido _____
2º Apellido _____
Año nacimiento _____
Teléfono _____
Especialidad _____
Dirección _____
Localidad _____

FIRMA

150

VISITE NUESTRA WEB http://www.masson.es LA INFORMACIÓN MÁS ACTUAL

Puede dirigirse a su librería habitual o remitir esta Tarjeta de Pedido a:

MASSON, S.A. MASSON
Rda. General Mitre, 149
08022 BARCELONA (España)
Fax: 93-253 05 15
e-mail: grupo.masson@bcn.servicom.es

Nota LORTAD: Si usted no desea recibir información comercial de otras empresas, por favor, indíquenoslo.