

Eva Alcaraz Bellver

Enfermera especialista en geriatría y Máster en úlceras y heridas crónicas. Equipos de Atención Residencial (EAR) de Mutuam. Barcelona. España.

Correo electrónico: evaalcaraz80@yahoo.es

Recibido el 16 de abril de 2018; aceptado el 20 de mayo de 2018

## Abordaje y manejo de úlcera por presión afectada de celulitis por *Proteus mirabilis* y *Staphylococcus aureus*

### Approach to and handling of a Pressure Ulcer affected by Cellulitis of *Proteus mirabilis* and *Staphylococcus aureus*

#### RESUMEN

**Introducción:** La mayor dificultad en el tratamiento de las úlceras por presión es el manejo del exudado y de la infección. Es vital la elección de apósitos que simplifiquen las curas, tratando ambos problemas al mismo tiempo de forma eficiente. **Objetivo:** Realizar el mejor abordaje posible de la lesión desde una visión holística de la paciente. **Metodología:** Realizamos un estudio clínico descriptivo, prospectivo y longitudinal de 3 meses de duración, basado en el proceso de atención enfermera y en las curas en ambiente húmedo. **Resultados:** El uso de la tecnología alveolar gelificante ha sido satisfactoriamente costo-efectivo, al mejorar la calidad de vida de la paciente y reducir el tiempo de enfermería. **Conclusión:** Este caso clínico pone de manifiesto que un plan de cuidados individualizados basados en la evidencia científica y el uso de la cura en ambiente húmedo son clave para obtener resultados óptimos en la curación de heridas.

**PALABRAS CLAVE:** Úlcera por presión, cura en ambiente húmedo, exudado, infección, apósitos, atención enfermera.

#### ABSTRACT

**Introduction:** The most difficult part of the treatment of pressure ulcers is handling exudate and infection. It is crucial to choose the dressing that simplifies cures, treating efficiently both problems at the same time. **Aim:** To carry out the best possible approach to the wound from a holistic point of view of the patient. **Methodology:** We carried out a descriptive, prospective and longitudinal case study in three months based on the nursing care process and moist wound healing. **Results:** The usage of gelifying alveolar technology has had a very successful result in terms of cost-effectiveness, improving the patient quality of life and reducing the nursing timing. **Conclusions:** This case study shows that a customized treatment based on scientific evidence and the usage of moist wound healing are crucial to reach optimal results in wound healing.

**KEYWORDS:** Pressure ulcer, moist wound healing, exudate, infection, dressings, primary care nursing.

## INTRODUCCIÓN

Mujer de 81 años, ingresada en un centro residencial geriátrico desde enero de 2018. El centro carece de enfermera, por lo que las curas están siendo realizadas por personal gerocolor, que se encuentra desbordado por el imposible manejo de estas, principalmente por el excesivo exudado de la lesión. La paciente no presenta alergias ni hábitos tóxicos conocidos, pero sí comorbilidad importante. Cabe destacar que padece insuficiencia renal crónica, fibromialgia, insuficiencia cardiaca, hipertensión, trastorno ansio-

so-depresivo grave, dislipemia y demencia senil importante con un Pfeiffer de 10 errores.

La paciente está polimedicada; presenta consumo habitual de psicofármacos y de fentanilo para el tratamiento del dolor crónico que padece.

Presenta también dependencia total para la realización de las actividades de la vida diaria, Barthel de 5 puntos.

Se realiza Escala MNA (*Mini Nutritional Assessment*) para valorar su estado nutricional, que arroja una puntuación de 10,5, lo que indica malnutrición, y Escala de Braden con una puntuación de 12, que indica alto riesgo de padecer nuevas úlceras por presión.

En estado basal se realiza la Escala PAINAD (*Pain Assessment in Advanced Dementia*)<sup>1,2</sup> para valorar el dolor; el resultado es de 5, lo que indica dolor moderado. Intracura, la escala alcanza un valor de 8, lo que indica un dolor intenso.

El presente trabajo obtuvo el 3.º premio del Concurso de Casos Clínicos de Cataluña 2017, promovido por la Unidad de Cuidados de Heridas de Coloplast Productos Médicos S.A.

21-03-2017



Día 1

**Figura 1.** Primera toma de contacto con la lesión. Tamaño 5 × 5,5 cm.

22-03-2017



2 días - 2 curas

06-04-2017



15 días - 7 curas

**Figura 2.** Lesión tras 7 curas (15 días de tratamiento).

## VALORACIÓN DE LA HERIDA

Primera valoración (21/03/2017): úlcera por presión en trocánter izquierdo de 5 × 5,5 cm, no estadificable en el momento de la valoración inicial, debido a la presencia de abundante tejido desvitalizado (fig. 1). Se presupone que se trata de una lesión de grado IV. A la palpación presenta ligera crepitación periucleral con drenaje de abundante exudado hematopurulento marcadamente fétido por los bordes perilesionales, eritema importante y dolor elevado a la palpación. Presenta también un ligero aumento de la temperatura local.

## OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

- Eliminar el tejido no viable.
- Controlar el proceso infeccioso.
- Manejar adecuadamente el exudado.
- Controlar el dolor.
- Aumentar la calidad de vida y el confort de la paciente.
- Cicatrizar la lesión.

## TRATAMIENTO

En el momento de la primera valoración, el personal del centro estaba realizando cura con suero fisiológico, gasas y apósito de foam adhesivo, y tenía que realizar la cura cada 6 u 8 horas dado el abundante exudado.

Tras la evaluación inicial del estado de la paciente y de la lesión, iniciamos la preparación del lecho de la herida (PLH) mediante el uso del acrónimo TIME<sup>3</sup>:

**T:** Tejido no viable.

**I:** Inflamación/Infección.

**M:** Desequilibrio de la humedad secundario al exceso de exudado.

**E:** Bordes epidérmicos con evolución tórpida.

Se realiza desbridamiento cortante superficial para retirar la mayor parte posible de tejido no viable (**T**).

Posteriormente, se recoge muestra para cultivo mediante frotis convencional con hisopo. Por falta de recursos, no es posible recoger muestra mediante cultivo por aspiración, que consideramos la idónea en este caso. Se realiza analítica sanguínea para valorar el estado basal de la pa-

ciente. Por orden médica, se inicia pauta antibiótica con ciprofloxacino 500 mg cada 12 horas de forma empírica a la espera de los resultados del cultivo (fig. 2). El día 24 de marzo se reciben los resultados del cultivo que confirman infección por *Staphylococcus aureus*, *Proteus mirabilis* y *Enterococcus*. *P. mirabilis* es sensible a ciprofloxacino y *S. aureus* a sulfametoxazol, por lo que se inicia tratamiento complementario con sulfametoxazol y trimetoprim<sup>4</sup> (**I**).

## PLAN DE CUIDADOS<sup>5</sup>

- Colocamos colchón alternante de aire para el manejo de la presión y establecemos plan de cambios posturales.
- La paciente realizará sedestación corta, según tolerancia, siempre priorizando su bienestar y confort.
- Los resultados analíticos objetivan hipoproteinemia y anemia ferropénica, por lo que se inicia suplementación con hierro y soporte hiperproteico e hipercalórico ajustado a su función renal por el servicio de nutrición del hospital de referencia.
- Realizamos adiestramiento del personal del centro en el manejo y atención de la paciente.
- Establecemos la siguiente pauta de curas, cada 24-48 horas, en función de la cantidad de exudado:
  - Apósito primario de fibra mixta (alginato cálcico y carboximetilcelulosa) con carga iónica de plata, Biatain® Alginate Ag, insinuado en la cavidad y en contacto con el lecho ulceral (**M**).
  - Aplicación de pasta anticongestiva en piel periucleral, como protección y para evitar la maceración de esta (**E**).
  - Apósito secundario de foam hidropolimérico con tecnología alveolar 3D Biatain® Silicone (**M**).

Tras tres curas se evidencia marcada disminución del exudado, así como de la fetidez, desaparición del eritema y los crepitantes periuclerales. El lecho ulceral presenta un 70% de tejido de granulación, con buena coloración, que indica buena viabilidad del tejido.

Tras 21 días y 10 cambios de apósito, cambiamos el apósito Biatain® Alginate Ag por Biatain® Alginate, sin plata, dada la desaparición de los signos de infección (fig. 3).

A la finalización del estudio y dada la buena evolución de la lesión, mantenemos la misma pauta de curas. La paciente fallece 15 días después por un proceso ajeno a la lesión.



**Figura 3.** Lesión al finalizar el estudio. Tras 3 meses de tratamiento. Tamaño 3,5 x 2,5 cm.

## DISCUSIÓN

En nuestra práctica diaria la mayor dificultad en el manejo de las úlceras por presión es:

- El manejo del exudado abundante que puede deteriorar el tejido periulceral, dificultar el proceso de cicatrización y comportar problemas psicológicos y sociales al paciente.
- El tratamiento de la infección, que puede conllevar graves riesgos para la vida.

Esto implica la necesidad de elección de apósitos que simplifiquen y agilicen las curas, pudiendo tratar ambos problemas al mismo tiempo de forma eficiente.

Según Turner (1982) para considerar un apósito como ideal debe cumplir una serie de requisitos:

- Proporcionar a la lesión una cura en ambiente húmedo (CAH).
- Buena gestión y manejo del exudado.
- Permitir el intercambio gaseoso entre la lesión y el exterior.
- Mantener una temperatura constante en el lecho ulceral.
- Proteger la lesión frente a microorganismos, contaminaciones y traumatismos.

Además, es importante tener en cuenta el nivel asistencial en el que se encuentra el paciente, los recursos disponibles, el coste-efectividad de la cura y la posibilidad de que el apósito sea utilizado por el propio paciente o por familiares/personal asistencial poco entrenado.

Está ampliamente demostrado mediante evidencia científica que la CAH estimula la migración celular, mejora la síntesis de colágeno y favorece la proliferación dérmica y la angiogénesis en el lecho ulceral, favoreciendo un menor tiempo de cicatrización. Otros beneficios de la CAH son el efecto

autolítico que ejerce sobre los tejidos desvitalizados, la disminución de la tasa de infecciones, el menor trauma y dolor asociados a una menor frecuencia de cambios de apósito y una mayor relación coste-eficacia al disminuir los tiempos de cicatrización y de cuidados de enfermería asociados a la cura. El apósito de CAH ideal es aquel que nos permite mantener el nivel óptimo de humedad en el lecho ulceral, evitando que esté excesivamente húmedo o que se reseque formando escaras que dificulten la cicatrización.

## CONCLUSIÓN

En el periodo de un mes desde la primera valoración observamos una evolución espectacular del estado general de la paciente, del control de su dolor y de la lesión. Establecer un plan de cuidados individualizados y el uso de la última tecnología en apósitos a nuestro alcance ha sido clave para conseguir estos resultados.

El uso de apósitos de hidrofibra mixta con plata iónica, Biatain® Alginate Ag, nos ha proporcionado un excelente manejo del exudado y ha actuado como coadyuvante al tratamiento antibiótico sistémico.

Ha resultado satisfactoriamente costo-efectivo, ya que ha reducido el dolor y la incomodidad de la paciente asociado a la infección y el exceso de exudado, y ha implicado una disminución del tiempo de enfermería, ya que desde la primera cura nos permitió realizar el cambio de apósito a las 24 horas y a partir de la tercera cura, cada 48 horas. La disminución de la frecuencia en el cambio de apósitos ha supuesto una mayor calidad de vida para la paciente, menor dolor asociado y un ahorro de 3-4 curas diarias con la consiguiente disminución de recursos en material y tiempo de enfermería.

El apósito es consistente incluso estando húmedo, por lo que es fácil de retirar de una sola pieza sin que se rompa, lo que evita dejar restos en heridas cavitadas.

Posee una gran adaptabilidad que nos permite moldearlo, doblarlo y/o cortarlo para alcanzar la forma y tamaño adecuados, se adapta perfectamente a los contornos del lecho de la lesión y facilita el contacto íntimo con el lecho ulceral facilitando la correcta actividad antimicrobiana evitando espacios muertos.

Los apósitos de espuma con tecnología alveolar 3D y adhesivo de silicona, Biatain® Silicone, nos han proporcionado una gran adaptabilidad, manejabilidad y comodidad de aplicación gracias a sus pestañas protectoras. También un buen control del exudado protegiendo la piel periulceral de maceraciones y reduciendo el riesgo de fugas, lo que nos ha permitido espaciar los cambios de apósito y nos ha proporcionado una reducción de la presión en la zona afectada y confort a nuestra paciente. Nos ha proporcionado las condiciones óptimas para realizar una CAH, favoreciendo el proceso de cicatrización de la lesión.

El adhesivo de silicona nos ha permitido la retirada atraumática de los apósitos evitando lesionar la piel y la recolocación del apósito en caso necesario sin perder adherencia<sup>6</sup> ■

### Conflicto de intereses

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

### Agradecimientos

A mis padres, esposo e hijos por su apoyo incondicional.

## BIBLIOGRAFÍA

1. García-Soler A, Sánchez-Iglesias I, Buiza C, Alaba J, Navarro AB, Arriola E, et al. Adaptación y validación de la versión española de la escala de evaluación de dolor en personas con demencia avanzada: PAINAD-Sp. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2014;49(1):10-4.
2. Warden V, Hurley AC, Volicer L. Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. *J Am Med Dir Assoc.* 2003;4(1):9-15.
3. Servicio Andaluz de Salud. Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/listadodetalle.asp?idp=283>
4. Soldevilla JJ, Torra JE. Abordaje de la carga bacteriana y de la infección en las heridas crónicas. Atención integral de las heridas crónicas. 1.ª ed. Madrid: SPA; 2004. p. 121-58.
5. Prevención y Tratamiento de las úlceras por presión: Guía de consulta rápida. EPUAP. Disponible en: <http://gneaupp.info/prevencion-y-tratamiento-de-las-úlceras-por-presion-guia-de-consulta-rapida-epuap-npuap-ppia/>
6. Carbonell Puig F. Estudio comparativo in vitro de la capacidad de absorción de las espumas hidrocelulares. *Enferm Dermatol.* 2014;8(21):31-7. Disponible en: [https://issuu.com/anedidic\\_raul/docs/revista21alta](https://issuu.com/anedidic_raul/docs/revista21alta)