

Cristina Gálvez García^{1,*}
Manuela Soriano Ruiz²

1. Enfermera. Residente EFYC. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. CS Ciudad Jardín. Málaga, España.
2. Enfermera. Residencia de Personas Mayores Ilugo. Santisteban del Puerto, Jaén, España.

*Autora para correspondencia.

Correo electrónico: cristinagalvez81@gmail.com (Cristina Gálvez García).

Recibido el 25 de mayo de 2025; aceptado el 30 de junio de 2025.

Hematoma encapsulado en dorso de la mano. Caso clínico

Encapsulated hematoma on the back of the hand. Clinical case

DOI: S1134-928X2025000400013

RESUMEN

Un hematoma subcutáneo o encapsulado se puede definir como una herida aguda ocasionada por un traumatismo en el que se rompen vasos sanguíneos que filtran la sangre en el interior de los tejidos blandos situados debajo de la piel, pudiendo tener complicaciones como edema, dolor, fiebre o infección por necrosis. El objetivo de esta valoración integral es recoger información objetiva y subjetiva de nuestra paciente y poder llegar a diagnósticos de enfermería que guíen la intervención de los profesionales.

PALABRAS CLAVE: Hematoma encapsulado, hematoma disecante, hematoma subcutáneo, hematoma a tensión, hematoma traumático, cuidados, enfermería.

ABSTRACT

A subcutaneous or encapsulated hematoma can be defined as acute wounds caused by trauma in which blood vessels that filter blood inside the soft tissues located under the skin rupture, and may have complications such as edema, pain, fever or infection by necrosis. The objective of this comprehensive assessment is to collect objective and subjective information from our patients and to be able to reach nursing diagnoses that guide the intervention of professionals.

KEYWORDS: Encapsulated hematoma, dissecting hematoma, subcutaneous hematoma, tension hematoma, traumatic hematoma, care, nursing.

INTRODUCCIÓN

Hace más de 30 años que las lesiones definidas por Payne y Martin, denominadas *skin tears*, han sido las más prevalentes en la población anciana, existiendo una elevada prevalencia en pacientes institucionalizados de larga estancia (92%).

El GNEAUPP define desgarro cutáneo como: "La lesión localizada en la piel de origen traumático causada por fuerzas mecánicas, incluidas las originadas por la retirada de adhesivos potentes. La gravedad puede variar según la profundidad, pero con carácter general no se extiende más allá de la dermis e hipodermis". A veces puede aparecer un hematoma cerrado (contiene sangre coagulada en su interior) o abierto¹.

Una de las cuestiones que hay que tener en cuenta son los hematomas disecantes, subcutáneos o encapsulados producidos tras traumatismos en pacientes con dermatoporosis²⁻⁴. Un hematoma se puede definir como un acúmulo de sangre en el exterior de los vasos sanguíneos, siendo mayor las pérdidas en vasos sanguíneos de mayor calibre, que originan dolor e inflamación y moratones. Su duración suele ser de 1 mes o más².

CASO CLÍNICO

Historia clínica

Mujer institucionalizada de 88 años, diagnosticada de demencia tipo Alzheimer, leucemia mieloide mielítica crónica, neuropatía óptica isquémica y osteoporosis. En tratamiento con prednisona, omeprazol, ácido acetilsalicílico, paracetamol, donepezilo, calcifediol, quetiapina, hierro y ácido fólico.

Sufrió una caída accidental y se golpeó el brazo izquierdo ocasionándole dolor y gran edema en la muñeca, por lo que se deriva al hospital el mismo día (27 de mayo de 2023). Se realizó radiografía, que descartó fractura y se aplicó férula de yeso con una duración de 10 días. La paciente se retiró la férula, debido a sus patologías de base, el 29 mayo y se le aplicó vendaje, aunque de nuevo, se lo retiró en varias ocasiones. El 31 de mayo apareció una ampolla en el dorso de la mano. El 4 de junio aumentó su tamaño y se le practicó un drenaje de este.

Ante el empeoramiento de la lesión, el 7 de junio notifican el caso en mi consulta del centro de salud, y se valoraron la lesión y la paciente. Ante

Tabla 1. Diagnósticos NANDA por patrones funcionales de M. Gordon

Patrones de M. Gordon	Diagnósticos
1. Percepción-manejo de salud	[00004] Riesgo de infección [00043] Protección ineficaz
2. Nutricional-metabólica	[00046] Deterioro de la integridad cutánea [00304] Riesgo de LPP en el adulto
3. Eliminación	[00297] Incontinencia urinaria asociada a discapacidad [00319] Deterioro de la continencia intestinal
4. Actividad-ejercicio	[00088] Deterioro de la ambulación [00108] Déficit de autocuidado en el baño [00206] Riesgo de sangrado [00238] Deterioro de la bipedestación [00303] Riesgo de caídas del adulto
6. Cognitivo-perceptivo	[00129] Confusión crónica [00131] Deterioro de la memoria [00132] Dolor agudo

LPP: lesión por presión.
Fuente: elaboración propia.

la complejidad de la lesión, que se describirá en los siguientes apartados, y de las patologías junto con tratamientos de base se decidió comentar con el médico de primaria, que pautó antibiótico (levofloxacino), y se derivó al hospital para su valoración y abordaje. La paciente fue dada de alta el mismo día tras aplicar povidona yodada en el dorso de la mano y continuar pauta antibiótica junto con seguimiento de la lesión por parte de atención primaria.

Exploración

Para la presentación de este caso nos ayudaremos del cuestionario por patrones funcionales de M. Gordon⁵:

- **Percepción de la salud-manejo de la salud.** La paciente no tiene la capacidad de percepción de su salud debido al deterioro cognitivo que presenta, aunque sí es capaz de expresar si tiene dolor o no. Presenta buena adherencia al tratamiento farmacológico. Además, sigue unos hábitos saludables de alimentación. No fuma, no bebe alcohol. En su vida diaria está institucionalizada en una residencia de mayores.
- **Nutrición-metabólico.** Habitualmente, la paciente realiza 5 comidas. Lleva una dieta normal sin sal y baja en grasas saturadas. No presenta alergias medicamentosas ni alimentarias.
Respecto al estado de la piel, presenta un alto riesgo de lesiones por presión, ya que obtiene 15 puntos en la escala Braden. En esta última semana sufrió una caída que provocó una lesión en dorso de la mano izquierda. La paciente manifiesta dolor, además se observa edema, enrojecimiento y tejido necrótico con hematoma encapsulado. Para valorar el estado de la lesión se aplicó la escala Resvech 2.0 en la que obtuvo 19 puntos. La lesión se localiza en el dorso de la mano izquierda con una dimensión de 9 cm². Se aprecia hematoma coagulado acompañado de aumento de tamaño, enrojecimiento, dolor y edema generalizado.
No padece diabetes ni HTA. Presenta un IMC normal (24,5). Se obtuvo una puntuación de 10 en el cribaje del Mini-Nutritional Assessment (MNA), indicando un riesgo de padecer malnutrición y se decidió realizar la escala MNA, en la que se obtuvieron 18,5 puntos, indicando un riesgo de malnutrición. La última analítica presenta:

leucocitos, 14,8; hemoglobina, 9,9; hematocrito, 31,4; plaquetas, 84; monocitos, 57; neutrófilos, 23,4, y linfocitos, 18,2.

- **Eliminación.** La paciente presenta incontinencia urinaria severa y ocasionalmente fecal. Con el paso del tiempo, su demencia avanza ocasionándole dificultad para reconocer el deseo de orinar y dificultad en la deambulación, por lo que no le da tiempo a llegar al baño. Su función renal es adecuada. Utiliza absorbentes anatómicos elásticos de día y noche.
- **Actividad-ejercicio.** Presenta una dependencia total, limitación en la movilidad para deambular y realizar las actividades básicas de la vida diaria al obtener una puntuación de 10 puntos en el índice de Barthel. No realiza ningún tipo de actividad física, aunque sí actividades manuales y para mejorar la memoria. Para valorar el riesgo de caídas, se le realizó la escala Downton, en la que obtuvo 9 puntos, con alto riesgo de caídas.
- **Sueño-descanso.** La paciente lleva tratamiento para dormir, ya que las cuidadoras comentan que se desvelaba por las noches.
- **Cognitivo-perceptual.** La paciente presenta un nivel de conciencia adecuada pero confusa, con una forma de comunicación incoherente y pobre en contenido y gramática. Para valorar el nivel cognitivo se aplicó el cuestionario de Pfeiffer, en el que obtuvo 8 errores, con un deterioro cognitivo severo. Presenta problemas de visión, por lo que lleva gafas, preserva la audición, el gusto y el olfato.
- **Autopercepción-autoconcepto.** Este patrón no es valorable.
- **Rol-relaciones.** La paciente vive en una residencia de mayores y tiene 2 hijos. En la residencia se relaciona con compañeros.
- **Sexualidad-reproducción.** En su etapa reproductiva, la paciente ha tenido dos embarazos.
- **Adaptación-tolerancia al estrés.** La paciente tiene episodios de tranquilidad y de agitación, actualmente agitada por las molestias de la lesión de la mano izquierda.
- **Valores-creencias.** La paciente es católica pero no practicante.

Diagnóstico y plan de actuación

En la tabla 1 se refleja el diagnóstico NANDA por patrones funcionales de M. Gordon.



Figura 1. A) Primera cura (8 de junio de 2023). B) Segunda cura (9 de junio de 2023). C) Varias curas (10-27 de junio de 2023). D) Cuarta cura (28 de junio de 2023). E) Varias curas (29 de junio a 10 de julio de 2023). F) Varias curas (11-22 de julio de 2023).

Tratamiento y evolución

El tratamiento se realizó en 6 pasos (fig. 1).

- **1.º: primera cura (8 de junio de 2023)** —fig. 1A—. El equipo de enfermería de la residencia contacta de manera telefónica por lesión en dorso de la mano. En la fotografía se apreciaba lesión en mano izquierda con gran edema, enrojecimiento y hematoma coagulado con placa necrótica. Tras ver lesión por fotografía y valorar anamnesis, se le explica la pauta al equipo de enfermería: realizar incisiones cortantes tipo *squire* en el hematoma coagulado, aplicar desbridamiento autolítico y cubrir con apósito secundario más vendaje para evitar que la paciente se retire la cura. Se contacta con el médico de referencia para pautar antibiótico vía oral.
- **2.º: segunda cura (9 de junio de 2023)** —fig. 1B—. Acudo a la residencia de mayores para valorar la lesión. Se observa una reducción leve del edema y la placa necrótica con mayor humedad. Se aplica anestesia local sin vasoconstrictor y se desinfecta la zona con clorhexidina pre-posdesbridamiento cortante. Se realiza desbridamiento cortante de placa necrótica y sangre coagulada con pinzas y bisturí, controlándose

sangrados leves. Se aplica alginato y apósito secundario. Valorar en 48 h si el apósito no está saturado.

- **3.º: varias curas (10-27 de junio de 2023)** —fig. 1C—. El equipo de enfermería de la residencia realiza curas según exudado y algunas veces porque la paciente se lo retiraba. Es importante la vigilancia para evitar la retirada del material por parte de la paciente, ya que las sujeciones físicas no son una opción para nuestra paciente debido al riesgo de lesiones y aumento de nerviosismo o agitación.
- **4.º: cuarta cura (28 de junio de 2023)** —fig. 1D—. El equipo de enfermería de la residencia contacta vía telefónica mediante fotografía. Se observa un tejido perilesional adecuado y un lecho en fase de granulación con hipergranulación y sospecha de biofilm debido al riesgo de manipulación de la herida por la propia paciente. Se cambia pauta de cura: fomentos con PHBM (polihexametileno biguanida) durante 10 min, malla antimicrobiana de DACC (cloruro de dialquilcarbamioilo), alginato y apósito secundario.
- **5.º: varias curas (29 de junio a 10 de julio de 2023)** —fig. 1E—. Ante el lecho de la herida en fase de granulación con ausencia de biofilm y hipergranulación, se cambia la pauta retirando PHBM y los apósitos de DACC. Se pauta curas con alginato y apósito secundario, inten-

tando espaciar los cambios de curas según volumen de exudado para disminuir riesgos de infección.

- 6.º: *varias curas (11-22 de julio de 2023)* —fig. 1F—. Se continúan las curas por parte del equipo de enfermería de residencia con la pauta descrita anteriormente. El 22 de julio la lesión se cicatriza.

DISCUSIÓN

Los profesionales de enfermería han de realizar una valoración adecuada e integral de los pacientes con riesgo de presentar hematomas encapsulados debido a la presencia de dermatoporosis avanzada. Además, es necesario una mayor formación de los profesionales sanitarios relacionada con valoración, detección y tratamiento precoz. La literatura actual determina que la dermatoporosis es un factor predisponente de ocasionar desgarros

cutáneos y retraso en la cicatrización de las lesiones, destacando una mayor presencia en población más envejecida, tratamiento con anticoagulantes, exposición solar y comorbilidades⁶.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

El autor declara que en este artículo no se muestran datos que permitan identificar al paciente, y que este ha prestado consentimiento tanto para las técnicas empleadas en el tratamiento como para el uso de sus datos personales ■

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. García-Fernández FP, Soldevilla-Ágreda JJ, Pancorbo-Hidalgo PL, Verdú Soriano J, López-Casanova P, Rodríguez-Palma M, et al. Clasificación-categorización de las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº II. 3.ª ed. Logroño: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas; 2021.
2. López-Casanova P, Rueda-López J, Brito-Rodríguez P, Camprubi-Rodríguez E, Carrasco-Racero MM, Carnicero-Antón E, et al. Heridas en Atención Primaria: Preguntas y Respuestas más frecuentes. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº XVIII. Logroño: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas; 2023.
3. Salmerón-González E, García-Vilariño E, Sánchez-García A, Ruiz-Casas A, García-Sánchez J, Llinás-Porte A. Manejo terapéutico del hematoma postraumático a tensión con sufrimiento cutáneo potencial. Heridas y Cicatrización. 2018;8:6-9.
4. Salmerón-González E, García-Vilariño E, Pérez-García A. Therapeutic management of traumatic tension hematoma with potential skin necrosis: a retrospective review of 180 patients. Eur J Trauma Emerg Surg. 2022;48:1363-7.
5. Arroyo-Lucas S, Vázquez-Cruz R, Martínez-Becerril M, Nájera-Ortiz MP. Patrones funcionales: una experiencia en el camino de la construcción del conocimiento. Rev Mex Enferm. 2018;6:97-102.
6. Bandera García C, Aragonés Domínguez AE, Lozano Noriega D, Ginel Mendoza L, Poyato Ramos R. Dermatoporosis en estadio IV: a propósito de un caso. Gerokomos. 2020;31:32-5.