

Manejo enfermero de un caso de úlcera vascular de miembro inferior postraumática. Aplicación del concepto TIME.

Autores:

Yolanda Anca Urbano y Eva Tizón Bouza,
Enfermeras. Área Sanitaria de Ferrol (A Coruña)

Dirección de contacto:

Área Sanitaria de Ferrol, Avda. de la Residencia – San Pedro de Leixa s/n • CP 15405 Ferrol (A Coruña)

Resumen

La preparación del lecho de la heridas debe adaptarse a las necesidades del proceso de cicatrización, basadas en el control del tejido no viable, la inflamación y de la infección, del exudado y la estimulación de los bordes epiteliales (Concepto TIME). Presentamos el abordaje enfermero de una lesión vascular de origen traumático, en una mujer de 86 años que presenta una lesión en tercio distal de miembro inferior derecho. La cura de la herida está basada en concepto TIME y se realiza cada 3-4 días, según nivel de exudado y confort de la paciente. Con una adecuada valoración y tratamiento enfermeros, se logran resultados efectivos y rápidos, importantes para la paciente, su familia y entorno sociosanitario.

PALABRAS CLAVE:

Úlcera vascular, Cuidados de Enfermería, Atención primaria.

Introducción

Las úlceras venosas se definen como la pérdida de la integridad cutánea debido a una incompetencia del sistema venoso¹. Según datos de la Conferencia Nacional de Consenso sobre úlceras de la extremidad Inferior (CONUEI), la prevalencia de personas con úlceras en extremidades inferiores va de 0,10 a 0,30% , con una incidencia de 3 a 5 nuevos casos por mil personas y año. Entre el 75 y el 80 % de las úlceras de la extremidad inferior son de etiología venosa, con una

prevalencia que va del 0,8 al 0,5% y una incidencia de entre 2 y 5 nuevos casos por mil personas y año².

La preparación del lecho de la lesión debe adaptarse a las necesidades de la herida y favorecer el proceso de cicatrización. Existen cuatro componentes en la preparación del lecho de la herida, cada uno de ellos enfocado en las diferentes anomalías fisiopatológicas que subyacen a las heridas crónicas y su cicatrización³. Estos componentes conforman un esquema que ofrece a las enfermeras un enfoque global del tratamiento de las heridas crónicas; es el llamado concepto TIME⁴ (nombre de los componentes en inglés), establecido para ayudar a valorar las necesidades concretas de las heridas para favorecer su evolución hacia la cicatrización³.

Los conceptos básicos del proceso TIME son:

T. Control del tejido no viable: Se debe realizar un desbridamiento inicial y otro de mantenimiento, por la carga de tejido necrótico y exudado que interfiere en la cicatrización.

I. Control de la inflamación y de la infección: La carga bacteriana de una herida puede encontrarse en 4 fases diferentes: contaminación, colonización, colonización crítica e infección.

M. Control del exudado: Una humedad excesiva provoca maceración de la herida, y su escasez implica tener un lecho seco y retraso en la cicatrización. Necesitamos controlar el exudado de forma dinámica, manteniendo un ambiente óptimo, que se adapte al medio, y sea coste-efectivo.

E. Estimulación de los bordes epiteliales:

La cicatrización ocurre de los bordes hacia el centro de la herida, por migración celular. Debemos utilizar productos que aceleren la cicatrización mediante procesos biológicos, que favorezcan la formación de tejido de granulación y epitelización de los bordes de la herida.

El objetivo de este artículo es presentar el abordaje y manejo de una lesión vascular de origen traumático, desde una perspectiva enfermera, basándonos en el concepto TIME mencionado y estableciendo un plan de cuidados con los diagnósticos, intervenciones enfermeras y criterios de resultado necesarios para su cuidado.

Caso

Antecedentes: Mujer de 86 años, que padece de Hipertensión Arterial, Hipercolesterolemia e Insuficiencia venosa crónica (Grado 2), tales enfermedades controladas con tratamiento farmacológico. La paciente realiza una vida totalmente independiente (escala Barthel 100 puntos).

Descripción: Presenta una lesión en el tercio distal del miembro inferior derecho derivado de un traumatismo accidental previo. Tras ser tratada con povidona yodada durante un mes en domicilio, la herida empeora progresivamente y la familia consulta a su enfermera comunitaria.

Se realiza la valoración inicial de la herida en Junio de 2008, observando en ambos miembros, una piel muy frágil, seca y con falta de elasticidad. La herida presenta tejido necrótico esfacelado, sin exudado y apenas profundidad; bordes escavados y bien delimitados (**Foto 1**), con los pulsos (poplíteo, tibial posterior y dorsal) conservados. Presenta dolor durante la realización de las curas (4 puntos en la escala analógica visual de 1 a 10).

Se realiza un cálculo del Índice Tobillo-Brazo, dando un resultado de 1.1 (normal), que aconseja vendaje compresivo del miembro inferior afectado. La valoración nutricional básica se realiza mediante Mini Nutritional Assessment, (para identificar situaciones de nutrición deficitaria), obteniendo un resultado de 20 puntos (riesgo moderado de desnutrición).

Nos encontramos ante un caso de Deterioro de la Integridad Tisular (0044) (según NANDA) relacionado con traumatismo accidental, manifestado por lesión vascular en estadio III⁵.

De entre los criterios de resultados esperados (Nursing Outcomes Classification - NOC)⁶, seleccionamos el siguiente NOC 1103: Curación de la Herida: por segunda Intención, siendo nuestro indicador estrella la **formación de cicatriz**.

Resultados

Para el anterior criterio de resultado, elegimos las siguientes intervenciones (Nursing Intervention Classification - NIC)⁷:

3660: Cuidados de las Heridas.

4066: Cuidados Circulatorios: Insuficiencia Venosa.

Se procede a realizar la curación de la herida basándonos en los pasos del concepto TIME para preparación del lecho de la herida:

T: Control del tejido no viable: Desbridamiento meticuloso con bisturí del tejido esfacelado.

I: Control de la inflamación y de la infección: Se realiza frotis con hisopo para cultivo (27.7.2008), con resultado negativo.



Foto 1: Aspecto de la lesión en la primera valoración de Enfermería. La piel es muy frágil y con falta de elasticidad. Presenta una lesión de 6x5cm, bordes irregulares con tejido necrótico, no exudado. Piel perilesional íntegra (27.6.2008).

Limpieza de la herida con agua y jabón neutro, inicialmente y en cada cambio de apósito: Lavado del lecho de la úlcera con solución salina al 0,9% (presión suficiente para arrastrar las sustancias de desecho, pero sin lesionar el tejido recién formado).

M: Control del exudado: Se aplica apósito de hidrofibra de hidrocoloide. Se complementa con apósito de espuma siliconada.

E: Estimulación de los bordes epiteliales: Se utilizaron productos barrera no irritantes para proteger la piel de la humedad y de los adhesivos.

Para favorecer la cicatrización de la herida, mejorar el estado circulatorio del miembro y reducir el edema, se realiza un vendaje compresivo, (recomendado en úlceras de etiología venosa) consistente en un primer vendaje circular, realizado con venda de algodón, seguido de un segundo vendaje con venda de crepé y finalmente un tercero con venda elástica compresiva, siempre en sentido ascendente (desde los dedos, hasta la parte inferior de la rodilla). La frecuencia de las curas es cada 3-4 días (según exudado y confort de la paciente).

Se observa una buena evolución de la lesión, aunque con significativo empeoramiento del estado de la piel perilesional (**Fotos 2 y 3**); tras un mes de tratamiento la mejoría es evidente (**Foto 4**), hasta la completa epitelización (**Foto 5**).



Foto 3: Otra vista de la lesión (27.7.2008).



Foto 4: Observamos la regeneración de la piel tras un mes de tratamiento (20.8.2008): Continuamos con especial cuidado de la piel perilesional. Se observa una significativa reducción del tamaño lesional, leve exudado.



Foto 2: Se aprecia un significativo empeoramiento: lesión con moderado nivel de exudado, con tejido necrótico esfacelado, 0,3cm de profundidad. Bordes epiteliales con moderada maceración (tamaño 13x7cm) (27.7.2008).



Foto 5: Curación definitiva de la lesión (7.9.2008).

Conclusión

Tras la realización de la valoración por parte de Enfermería, aplicando los criterios NANDA-NIC-NOC realizando un seguimiento de la lesión y aplicado la evidencia científica actual, consideramos que con una buena limpieza, acompañada del desbridamiento

adecuado, y siempre siguiendo los principios de la cura en ambiente húmedo, se logran rápidos resultados, sumamente importantes para la paciente, su familia y el personal de enfermería a su cargo.

Bibliografía

1. Sánchez Lorente MM, Ávila Acamer C, Bonias López J, García Rambla L, García Rodríguez V, Herraiz Mallebrera A, et al. Guía de Práctica Clínica de Enfermería: Prevención y tratamiento de úlceras por presión y otras heridas crónicas. Valencia: Lalmprinta CG; 2008.
2. Conferencia Nacional de Consenso sobre úlceras de la extremidad Inferior (CONUEI). Documento de consenso de CONUEI. Madrid: Edikamed; 2009.
3. European Wound Management Association (EWMA). Position Document: Wound Bed Preparation in Practice. London: MEP Ltd; 2004.
4. Verdú J, Torra i Bou JE, Blanco J, Ballesté J, Jiménez García JM. Aplicación del concepto TIME en la atención de heridas crónicas. Rev ROL Enf. 2007; 30(1): 30-1.
5. Herdman TH. Diagnósticos Enfermeros: Definición y Clasificación 2009-2011. Barcelona: Elsevier España; 2010.
6. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swauson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Barcelona; Elsevier España, 2009.
7. Bulechek GM, Butcher HK, Mc Closkey Doahterman J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Barcelona; Elsevier España, 2009.