Primeras experiencias con apósitos liberadores de ibuprofeno en el Hospital de Móstoles. La utilidad de una nueva alternativa terapéutica.

Autores:
Ana Muñoz Rodríguez, Helena Oviedo Sotomayor, Carolina Diaz Ramirez, Mª Luisa Garrido González.
Enfermeras; Hospital Universitario de Móstoles; Madrid.

Introducción

El lenguaje de las heridas es fácil de interpretar siempre y cuando conozcamos los signos que presentan las heridas tales como: infección, inflamación, necrosis, maceración de zona perilesional, alta exudación, hematomas, granulación, epitelización, etc.[1]. Quizás lo más complejo sea valorar el dolor, dado que es un síntoma que se localiza en el campo de la subjetividad. En este trabajo, no describiremos la fisiología del dolor, pero sí insistiremos en que el dolor nos hace a todas las personas vulnerables. Cuando estamos sometidas a él, éste genera una vivencia exclusiva y personal, exteriorizando en nuestras caras los rictus de sufrimiento, haciendo que percibamos nuestro mundo en color negro, y desde este campo y esta perspectiva, al profesional se le hace difícil su valoración, a pesar de contar con escalas para su medición.

El dolor crónico es aquel que persiste tanto en reposo como durante las actividades diarias perjudicando seriamente la calidad de vida a quien lo padece. Influye de manera muy negativa en las actividades de la vida diaria y dificulta la praxis de los profesionales, en especial en la retirada de apósitos, lavado de heridas, desbridamientos o aplicación de vendajes, situaciones en las que el dolor crónico aumenta la sensibilidad del a pacientes a estas intervenciones. Además, algunos profesionales opinan que el dolor crónico, por su impacto en las actividades diarias del paciente, puede incluso retrasar la cicatrización de las heridas[2].

Tradicionalmente el manejo del dolor de las heridas se ha basado en la administración oral de analgésicos. Sin embargo, partiendo de la premisa de que la enfermería ha de buscar y encontrar soluciones innovadoras en sus cuidados, decidimos en la Comisión de Curas del Hospital Universitario de Móstoles realizar un estudio con la finalidad de evaluar la utilidad de los apósitos de ibuprofeno en heridas complejas de diferentes etiologías con el objetivo principal de reducir o eliminar el dolor y controlar la inflamación de las heridas de nuestros pacientes. Este artículo pretende difundir y compartir nuestras primeras experiencias en el tratamiento de heridas con apósitos de ibuprofeno.

Objetivos:

1. Innovar en los cuidados de heridas, evaluando la utilidad de los apósitos hidropoliméricos liberadores de ibuprofeno (Biatain® - Ibu, Coloplast) en el manejo de heridas de diferentes etiologías.
2. Evaluar la efectividad de los apósitos hidropoliméricos con ibuprofeno en cuanto al alivio de dolor, efecto antiinflamatorio, control del exudado y efecto sobre la cicatrización.
3. Definir el posible papel de los apósitos hidropoliméricos liberadores de ibuprofeno en el manejo de las heridas dentro del hospital
4. Difundir y compartir nuestras experiencias con estos apósitos en diversidad de patologías

Material y método

DISEÑO

Realizamos un estudio prospectivo y abierto sobre una muestra de 59 pacientes mayores de edad con heridas dolorosas y/o inflamadas de diferentes etiologías. Seleccionamos en este artículo un total de 15 casos que representan distintas patologías para hacer una descripción detallada de su tratamiento e evolución. Todos los pacientes fueron informados oralmente acerca de los procedimientos del estudio y firmaron un consentimiento informado para la documentación fotográfica de su caso.

El diseño del estudio consta de una valoración inicial del paciente y de la lesión o lesiones realizadas por un miembro de la comisión de curas en consonancia con el protocolo de actuación del hospital ("Manual de Material de Curas"). Se anota las características de la lesión y la evolución en las mismas en sucesivas visitas. El apósito en estudio se aplica directamente sobre la lesión en combinación con otros apósitos en función del estado de la misma.

En posteriores visitas, se sigue el protocolo de actuación habitual del hospital y se estudia y anota con especial atención los parámetros principales de estudio:

Dolor: El profesional de enfermería valora con el paciente el posible alivio del dolor desde la cura anterior apoyándose en un diario del paciente y la escala EVA (Escala Visual Analógica). La pauta de trabajo que se le dio al paciente era que estuviese muy pendiente de cuánto disminuía el dolor. Le aportábamos una escala de valoración y le pedíamos que anotase por escrito los horarios y como iba disminuyendo el dolor (fig 1).

Efecto Antiinflamatorio, Control del Exudado y Cicatrización: Valorado y anotado por el profesional de enfermería en cada cura.

El seguimiento de cada paciente se hacía hasta la cicatrización de la lesión o el éxitus del paciente.

El estudio se realizó desde enero del año 2007 hasta abril del 2009.

Foto 1. Integración del enfermo en el tratamiento.

POBLACIÓN

Para el estudio se reclutaron 59 pacientes mayores de edad (26 varones y 33 mujeres), con una edad media de 38 años.
Para la selección de los pacientes utilizamos como criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de edad con lesiones dolorosas
- Pacientes capaces de evaluar la intensidad del dolor y su alivio
- Pacientes con una patología que se adecuara al producto a utilizar

Criterios de exclusión:

- Hipersensibilidad o alergia a cualquiera de los contenidos de los productos utilizados
- Hipersensibilidad al acido acetilsalicílico o a otros medicamentos antiinflamatorios no esteroideos

Los pacientes procedían tanto de Unidades de Hospitalización como de Consultas Externas del Hospital Universitario de Móstoles. (Ver tabla 1)

Pacientes ingresados:

- Unidades de Hospitalización de Medicina Interna
- ORL (Otorrinolaringología)
- Urología
- Unidad de cuidados intensivos
- Ginecología,
- Urgencias
- Unidad de enfermedades infecciosas
- Hospitalización a domicilio

Pacientes ambulantes:

- Consultas Externas de Dermatología
- Consultas Externas de Traumatología
- Consultas Externas de Cirugía General

Tabla 1: Pertenencia de los pacientes del estudio

EL MATERIAL EN ESTUDIO

Los apósitos hidropoliméricos liberadores de ibuprofenos, están clasificados por el Ministerio de Sanidad con la consideración CLASE III, como apósitos con marca CE que intervienen en los procesos de cicatrización y pueden ser utilizados por profesionales de enfermería al igual que los apósitos de plata o de colágeno.

Foto 2. Apósito liberador de ibuprofeno.

¿Sobre qué signos actúan los apósitos liberadores de ibuprofeno?

- Dolor
- Inflamación
- Control del exudado
- Cicatrización (Cura ambiente húmedo)

Composición y modo de acción

Son apósitos hidropoliméricos que contienen ibuprofeno (0,5 mg/cm2) disperso de forma homogénea en la espuma. Sobre la lesión el apósito absorbe el exudado creando un medio ambiente húmedo que favorece la cicatrización. Al absorber el exudado, el ibuprofeno es liberado gradualmente en dosis pequeñas que actúan a nivel local sin tener efecto sistémico[3].

El apósito liberador de ibuprofeno puede combinarse con otros productos para el cuidado de las heridas. En este estudio, lo hemos combinado con varios productos reflejados en la Tabla 2.

- **Hidrogeles**
- **Apósitos de plata**
- **Apósitos de carbón plata**
- **Colágeno**
- **Dexametasona (Diprogenta)**
- **Acido fusídico (Fucidine)**
- **Metrodinazol tópico**
- **Crema barrera**

Tabla 2: ¿Con qué productos hemos asociado el apósito hidropolimérico liberador de ibuprofeno?

En relación al tiempo de permanencia, en el estudio hemos mantenido el apósito un máximo de tres días, pues su efecto dura, liberándose el ibuprofeno, según el prospecto, durante hasta 7 días.

El principio activo: ¿Qué es el ibuprofeno?

El ibuprofeno es un antiinflamatorio no esteroideo (AINE), derivado del ácido propiónico que posee propiedades analgésicas, antiinflamatorias y antipiréticas. El efecto terapéutico del ibuprofeno deriva de su actividad inhibitoria de la síntesis de prostaglandinas. El Ibuprofeno, según la bibliografía manejada, es uno de los fármacos con más experiencia clínica documentada, fiabilidad y seguridad que existe.

¿Por qué esta cantidad de ibuprofeno?

Según la bibliografía, 0.5mg por cm2 es la cantidad idónea ya que, al liberarse allí donde se produce el dolor no hace falta que el ibuprofeno se reparta a nivel sistémico, con lo que es suficiente la liberación de niveles muy bajas de ibuprofeno. Según la bibliografía, 0.5 mg por cm2 resulta suficiente para superar el nivel terapéutico a nivel local, pero es una dosis tan baja que no se observa ibuprofeno en la sangre de los pacientes tras la aplicación del producto[3].

Resultados

Los objetivos del estudio incluían evaluar la efectividad de los apósitos en diferentes lesiones y definir con esta base el posible papel de estos apósitos en el manejo de lesiones en el hospital. Por este motivo, se ha hecho un esfuerzo para reclutar pacientes de diferentes servicios del hospital. Los 59 casos estudiados han sido clasificados en 5 grupos representando cado uno sus propias características y retos (Tabla 3).

Grupo 1: Heridas neoplásicas
1 Caso de Extravasación por quimioterapia
4 Casos de Metástasis exteriorizadas
1 Caso de Neoplasia con colgajo

Grupo 2: Heridas quirúrgicas y traumáticas
5 Casos de Dehiscencias abdominales
1 Caso del Síndrome del Glove
3 Casos de Biopsias
3 Casos de Injertos
10 Traqueostomías

Grupo 3: Heridas con procesos inflamatorios
8 Casos de Sinus pilonidal
3 Flebitis

Grupo 4: Heridas por dermatosis previa
4 Pié diabético
6 Ulceras por presión
5 Ulceras vasculares
1Necrobiosis lipoidea

Grupo 5: Infecciones cutáneas
2 Celulitis espontánea
1 Celulitis necrotizante
1 Leishmaniosis

Tabla 3: Los 59 casos estudiados

A continuación resumimos las experiencias tenidas con el apósito liberador de ibuprofeno en cada uno de los 5 grupos en cuanto a alivio del dolor, efecto antiinflamatorio, control del exudado y cicatrización.

GRUPO 1: HERIDAS NEOPLASICAS

La heridas neoplásicas se caracterizan por cambios muy visibles con solución de continuidad de la piel por la infiltración de las células cancerosas a nivel de epidermis, dermis y tejidos adyacentes, afectación que puede alcanzar el nivel vascular y linfático[4]. Estas lesiones pueden ser fruto del crecimiento de un cáncer de piel primario o producirse secundariamente por un infiltrado metastásico en la piel, frecuente en procesos neoplásicos de mama, laringe, garganta, pulmón, melanoma, ovario, colon y genitales. Estas heridas cobran tintes de clara cronicidad requiriendo grandes dosis de energía y tiempo para controlar estos síntomas socioafectivamente desestabilizadores y pocas veces será viable aspirar a su completa curación[5]. Suelen ser lesiones muy dolorosas y en muchos casos presentan inflamación.

En este tipo de heridas hemos probado los apósitos de ibuprofeno en 6 casos asociándolos a otros productos según los síntomas que tenían los pacientes. Los objetivos planteados para utilizar un apósito con ibuprofeno en estas lesiones han sido el control del dolor, la reducción de la inflamación y el control del exudado. Como reflejan los casos seleccionados abajo, fue posible aliviar significativamente el dolor en este tipo de lesión y reducir la inflamación. El control del exudado fue bueno con un tiempo de permanencia del apósito liberador de ibuprofeno de entre 2 y 3 días.

Caso 1: Extravasación por complicación terapéutica.

12/05/2008

14/06/2008

Resumen: Complicación de procedimiento terapéutico, asociado a una extravasación por quimioterapia con el citostático Doxorrubicina más Ciclofosfamida en una paciente de cáncer de mama. La paciente ingresó en urgencias por dolor, inflamación y fiebre. Pasa a planta con antibioterapia vía oral y analgesia intravenosa. Presentaba una herida exudativa con inflamación, dolor y riesgo de infección. El tratamiento consistía en aplicar sobre el lecho de la herida un apósito no oclusivo liberador de plata que nos controlaba la infección y encima apósito de Ibuprofeno para el control del exudado, la inflamación y el dolor. Tras el inicio del tratamiento la inflamación de la zona desapareció en aproximadamente 8 horas, y el paciente notó un alivio significativo del dolor. En 3 días el dolor bajo de 8 sobre 10 a 0 en la escala de valoración EVA. En este espacio de tiempo se decidió retirar el analgésico de apoyo y mantener sólo el apósito liberador de ibuprofeno para controlar el dolor. Se consiguió la cicatrización total de la lesión en un plazo de 30 días.

Caso 2: Metástasis exteriorizada.

20/02/2008

20/02/2008

Resumen: Cáncer de mama que presentaba en algunas zonas lesiones con eritema, induración, lesiones nodulares sin perdida de la integridad de la piel y en otras zonas comenzaba a estar esfacelada pero sin exudado. Presentaba dolor nivel 8 sobre 10 en la escala de valoración EVA.

El objetivo terapéutico en este paciente no era la cicatrización de la lesión, sino el alivio del dolor y el control de la inflamación de la zona. El tratamiento consistió en asociar los apósitos de Ibuprofeno con un hidrogel para facilitar la liberación de ibuprofeno en esta lesión sin exudado y para facilitar el desbridamiento de los esfacelos y el levantamiento de costras. A las 24 horas, el nivel de dolor pasó de 8 a 3, permitiendo reducir significativamente la analgesia de apoyo por vía oral.

Caso 3: Melanoma.

Junio 2007

Resumen: Paciente con melanoma, que presentaba una lesión cutánea exofítica con pérdida de la integridad de la piel, estando cavitada con un alto grado de exudación y signos de infección. El dolor fue valorado en 8 según la escala EVA. Presentaba sangrado, picor y por supuesto una alteración importantísima de la imagen corporal.

El objetivo terapéutico en este caso era paliativo enfocando el tratamiento en aliviar al máximo los síntomas del paciente. El tratamiento consistió en utilizar un apósito de carbón plata para bajar la carga bacteriana y controlar el olor mientras que para manejar el exudado y controlar el dolor y la inflamación utilizamos apósitos liberadores de ibuprofeno. A pesar de la depresión del enfermo y de la familia, éste refirió sentir un alivio del dolor importante (bajó de 8 sobre 10 a 4) y asimismo refirió una reducción de la sensación de picor[6], posiblemente causada por la aplicación local de ibuprofeno. Igualmente, se observó una reducción significativa de la inflamación de la zona. La capacidad de absorción del apósito permitió que la cura durase 48 horas. Se decidió no realizar seguimiento fotográfico por el estado emocional del paciente.

Caso 4: Cáncer de pulmón.

22/1-2007: Lesión inicial

22/1-2007: Biatain – Ibu aplicado

27/1-2007

2/4-2007

Resumen: Cáncer de pulmón con colgajo del músculo pectoral. Presentaba un alto nivel de exudado, cavitación, inflamación, dolor y riesgo de infección. El tratamiento consistió en introducir en la cavidad apósito no oclusivo liberador de plata para prevenir la infección y aplicar como apósito secundario el de ibuprofeno para el control del exudado, el alivio del dolor y la reducción de la inflamación. Con esta cura fue posible bajar el dolor del 7 a 1 en la escala EVA en intervalo de una semana. Las curas se realizaban cada 3 días. La lesión evolucionó favorablemente hacia su cicatrización como refleja el seguimiento fotográfico. Se consiguió la cicatrización completa en 3 meses.

GRUPO 2: HERIDAS QUIRÚRGICAS Y TRAUMÁTICAS

En este grupo incluimos lesiones que pueden o no haberse crónificado pero cuyo origen fue una intervención quirúrgica o un traumatismo. En este tipo de lesión el dolor está siempre presente y es una de las preocupaciones principales del enfermo. Al mismo tiempo son lesiones que normalmente cursan con una inflamación que, al no controlarse, impedirá la resolución de la lesión. En este estudio, utilizamos el apósito liberador de ibuprofeno en 22 casos. Aparte del control del exudado y el mantenimiento del medio ambiente húmedo, el objetivo de utilizar un apósito liberador de ibuprofeno fue controlar la inflamación a nivel local para poder avanzar hacía la cicatrización y controlar el dolor del paciente. En estos casos, controlar rápidamente la inflamación a nivel local puede reducir en varios días la estancia hospitalaria del paciente. Los 22 casos procedían de varios servicios como urología, medicina interna, urgencias, hospitalización a domicilio etc.

Caso 5: Dehiscencias abdominales

2/3-2008: Estado inicial de la lesión

22/3-2008: Lesión preparada para cierre con suturas

Resumen: La dehiscencia de herida es altamente frecuente en las heridas quirúrgicas, generalmente son posteriores a procesos de infección de herida, presión sobre puntos de sutura, suturas demasiado ajustadas, hematomas, tejido o músculo débil en el área de la herida, técnica incorrecta de sutura usada para cerrar el área operatoria, etc. En estas lesiones es prioritario controlar lo antes posible tanto la probable infección como la inflamación local de la zona que impedirá el avance hacia el cierre.

La forma de curar las dehiscencias incluidas en este estudio fue prácticamente la misma: lavado de la herida con suero fisiológico y aspirador para evitar que al movilizarse el paciente el lavado del suero manchara los apósitos. Actuamos controlando la infección y elolor con apósitos de carbón plata metiéndolos en la cavidad, mientras que utilizamos los apósitos con ibuprofeno principalmente para el control de la inflamación y el manejo del exudado. En el caso que nos concierne, la prioridad era controlar la infección, la inflamación y el exudado para poder cerrar de nuevo la lesión. El dolor de este paciente era de 6 sobre 10. 24 horas tras el inicio del tratamiento el dolor había bajado de 6 a 3, y la inflamación había bajado sustancialmente. Tras 20 días aplicando el mismo tratamiento, se consiguió preparar el lecho ulcercal para un cierre por segunda intención con suturas.

Caso 6: Biopsia infectada

28/7-2007: Estado inicial de la lesión

28/7-2007: Biatain Ibu recortado y aplicado como apósito primario.

Resumen: Con frecuencia las biopsias se infectan y terminan produciendo una lesión crónica que cursa con dolor. La lesión reflejada en las fotos corresponde a una toma de biopsia que se infectó, cursando con dolor, infección y exudado moderado. El paciente ingresó en planta con analgesia intravenosa y antibioterapia por celulitis secundaria. La lesión se trató a nivel local con Diprogenta para el control de la infección y apósito de Ibuprofeno para el control del dolor y del exudado.

2/8-2007

Tras el inicio del tratamiento con apósitos liberadores de ibuprofeno, el dolor bajó de 8 a 3 en 48 horas y en este espacio de tiempo se pasó de analgesia intravenosa a analgesia de apoyo por vía oral. 2 días tras el inicio del tratamiento se interrumpe el tratamiento con analgésicos por vía oral habiéndose conseguido el control del dolor sólo con los apósitos liberadores de ibuprofeno. La inflamación bajó en 5 días y se consiguió la cicatrización en aproximadamente 1 mes. Al inicio, las curas se realizaban cada 24 horas por el alto nivel de exudado, mientras que fue posible realizar las curas en días alternos cuando el exudado bajó a un nivel moderado.

Caso 7: Herida traumática

24/9-2007: Estado inicial de la lesión

24/9-2007: Aplicación de Biatain Ibu como apósito secundario

Resumen: Esta lesión corresponde al denominado síndrome del Glove. En este caso el enfermo perdió gran cantidad de tejido en el pie derecho tras un traumatismo, practicándole un injerto que posteriormente se infectó. Aquí tratamos la infección con apósito no oclusivo liberador de plata y aplicamos crema barrera para protección de la piel perilesional. Para el control del exudado y el alivio del dolor se aplicó un apósito de Ibuprofeno. Además, se le administró al paciente analgesia por vía intravenosa ya que el dolor fue muy importante (9 sobre 10 en escala EVA). Al tercer día el paciente pasó de analgesia intravenosa a analgesia oral y a partir del 8º día no precisó ningún tipo de analgesia oral sino que fue suficiente con el apósito liberador de ibuprofeno. Se consiguió la cicatrización complete en 30 días con cambios cada 3 días.

14/10-2007

Caso 8: Zona Receptora Infectada

Resumen: Esta paciente presentaba una infección de la zona receptora con exudado bajo y un dolor de 7 sobre 10 en la escala EVA. El tratamiento de la infección se realizó con antibioterapia intravenosa y aplicación local de apósitos liberadores de plata[7]. Los objetivos terapéuticos a nivel local fueron: desbridamiento del tejido no viable, manejo del exudado, control del dolor y control de la inflamación. La cura se realizó con apósitos de ibuprofeno, y debido al bajo nivel de exudado se aplicó igualmente un hidrogel para favorecer tanto el desbridamiento autolítico como la liberación de ibuprofeno desde el apósito. Tras las primeras 48 horas se consiguió desbridar el tejido no viable y bajar el nivel de dolor de 7 a 4. Se consiguió un buen control del exudado y el tiempo de permanencia media del apósito liberador de ibuprofeno fue de 48 horas. En días posteriores el dolor se redujo a 3. La lesión cicatrizó en un periodo de 15 días.

13/4-2007: Estado inicial de la lesión

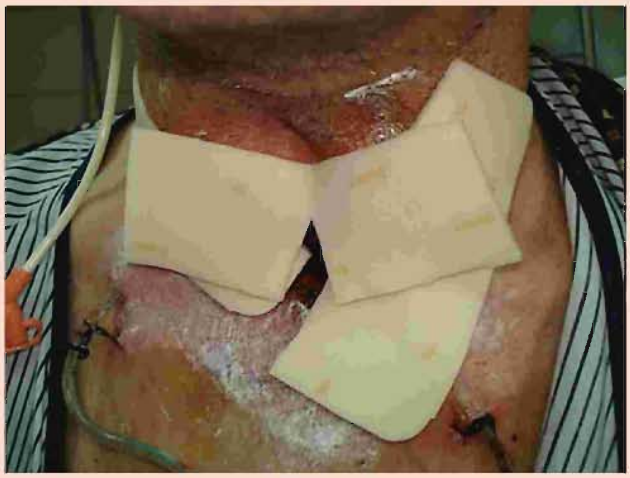
Caso 9: Zona Dadora con inflamación y dolor

10/01- 2008: El aspecto de la lesión tras 2 días de tratamiento con Biatain Ibu. Se aprecia la ausencia de inflamación en la zona.

Resumen: Este caso corresponde a una zona dadora que cursó con inflamación y dolor. Aplicamos malla de silicona y encima apósito de ibuprofeno para el control de la inflamación, el dolor y el exudado. En las curas, realizadas cada 2 días, solo se retiraba el apósito de ibuprofeno dejando la malla de silicona. El resultado fue espectacular: Se consiguió una rápida cicatrización en cuestión de 20 días. Gracias a la aplicación local de ibuprofeno se evidenció una reducción rápida y permanente de la inflamación, y el dolor se redujo de un 7 sobre 10 a un 2 en un periodo de 4 días.

Caso 10- Traqueostomías

25/2- 2008: Paciente recien operada



25/2- 2008: Aplicación de Biatain Ibu en combinación con Proveen Protact

Resumen: En todas las cirugias de laringe, sean totales o parciales, el objetivo terapéutico local es el control del exudado y de la inflamación para mantener limpia la zona y evitar la infección. Un objetivo secundario es aliviar el dolor, que en estos pacientes suele ser moderado. Tras observar que las secreciones de los traqueostomas permiten la liberación de ibuprofeno de Biatain Ibu, se ha decidido, en todas las traqueostomías que salen de quirófano, sustituir durante las primeras 72 horas el apósito de laringuectomizado habitual por el apósito de Ibuprofeno. Con ello se consigue reducir la inflamación de la zona y controlar el exudado de manera eficaz, con 2 cambios diarios de apósito. El resultado a nivel local es que la zona de la traqueostomía se mantiene más limpia con un menor nivel de exudado, lo cuál a su vez se traduce en una menor riesgo de infección. Además, se ha observado cómo el apósito permite aliviar el dolor en estas lesiones. En el caso reflejado en las imágenes, el dolor del paciente era de 5 sobre 10, lo cuál se redujo a 3 tras la primera aplicación del apósito liberador de ibuprofeno. Por último, parece que la cicatrización avanza de manera más rápida utilizando este tratamiento que con el método tradicional.

GRUPO 3: HERIDAS CON PROCESOS INFLAMATORIAS

En este grupo se han incluido aquellas lesiones que se hayan originado por un proceso inflamatorio interior que posteriormente se exterioriza en una lesión cutánea. Para este estudio hemos tratado 11 casos con estas características: 8 Sinus Pilonidales y 3 Flebitis. En principio son heridas que, si se cuidan con rigor, no tienen por que infectarse, pero que sí presentan desde el comienzo una inflamación importante asociada al acto quirúrgico o a maniobras asociadas a complicación de procedimiento terapéutico (flebitis). En estos casos, el control de la inflamación local resulta prioritario al igual que el alivio del dolor. Especialmente en los sinus pilonidales, el dolor es omnipresente y caracterizado por su alta intensidad. En estos casos, el controlar con mayor eficacia la inflamación a nivel local se traduce en estancias hospitalarias más cortas, de allí el interés en evaluar el efecto de los apósitos liberadores de ibuprofeno.

Caso 11: Sinus Pilonidal

3/3-2007: Lesión inicial

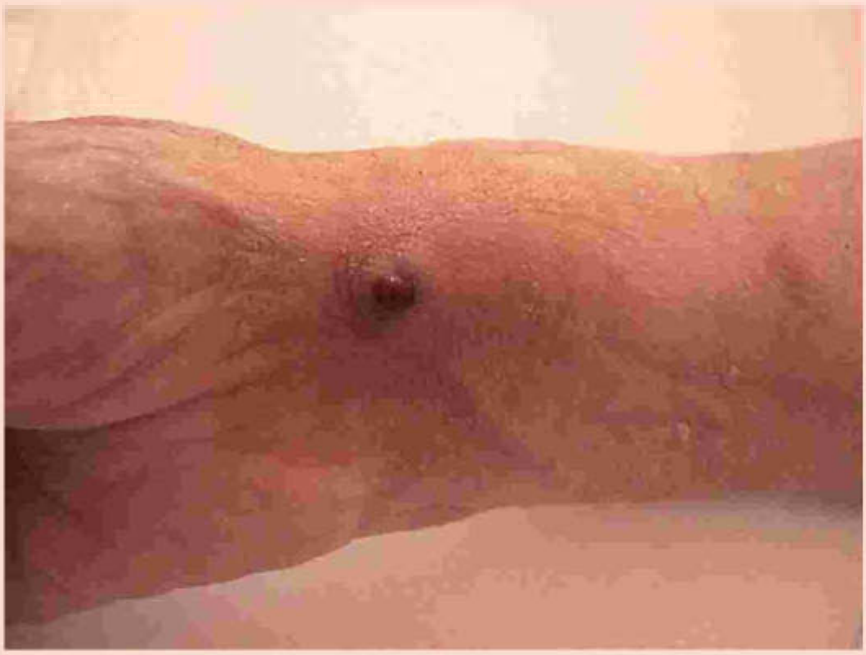
3/3-2007: Aplicación de Biatain Ibu como apósito secundario. El apósito se aplica en combinación con apósitos de plata.

10/4-2007: Cicatrización completa

Resumen: El Sinus pilonidal se define como una reacción a cuerpo extraño (folículo piloso), que anida en el tejido graso subcutáneo. Las enfermeras que realizan las curas en las consultas de cirugía tanto de Hospital como de Centro de Especialidades, saben que es de las patologías más dolorosos que presentan los enfermos. Los sinus pilonidales son la primera patología en cuanto a Nº de pacientes /curas que se realizan a diario. Solamente en el hospital de Móstoles en el año 2007 en la UCMA (Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria) el número de pacientes tratados fue 165 de los cuáles 143 no precisaron hospitalización. Mientras que el tiempo medio para la curación de un sinus marsupializado utilizando cura seca puede ser de 3 meses, en los casos tratados con nuestra técnica el tiempo medio fue de 35 días.

El método de curas seguido consiste en colocar en el lecho ulceral un apósito de carbón plata para prevenir la infección y posteriormente se aplica como apósito secundario uno de ibuprofeno para absorber el exudado, reducir el dolor y bajar la inflamación postoperatoria. En la primera semana de tratamiento, cuando el nivel exudativo es alto, las curas se realizan diariamente, mientras que a partir de la segunda semana es posible espaciarlas realizándose cada 48 horas. Con este método se ha observado que el levantamiento del apósito es menos traumático y que los pacientes experimentan un alivio significativo del dolor. Es frecuente que el nivel de dolor antes de iniciar el tratamiento con apósito liberadores de plata se sitúa en 9 sobre 10 y que se reduce el dolor a 3-4 en la primera semana de tratamiento. Es probable que la reducción del dolor y de la inflamación facilitado por los apósitos con ibuprofeno contribuyen a conseguir una regeneración acelerada con respecto a tratamientos anteriores.

Caso 12: Flebitis. Complicación secundaria a tratamiento intravenoso



26/4- 2008: Lesión inicial

Resumen: La flebitis es una de las complicaciones más frecuentes con las que se encuentra el personal de enfermería. La herida es el resultado de la inflamación de la pared de una vena y la lesión cursa con enrojecimiento de la zona, calor y dolor. El tratamiento consiste en aplicar Trombicid y por encima un apósito de ibuprofeno para reducir el dolor y la inflamación. Hacemos vendaje compresivo no excesivamente fuerte. Con este método, todos los casos han evolucionado favorablemente desapareciendo el dolor y la inflamación de entre 24 a 48 horas.

GRUPO 4: HERIDAS POR DERMATOSIS PREVIA

Mientras que en los otros grupos, las lesiones se han producido por procesos cancerígenos (grupo 1), intervenciones quirúrgicas y trauma (grupo 2), procesos inflamatorios (grupo 3) o infecciones cutáneas (grupo 5), en el grupo 4 incluimos pacientes con lesiones cutáneas cuya origen es un deterioro gradual de la piel producido por patologías asociados del paciente[8,9]. En este grupo incluimos 16 casos: 4 úlceras de pie diabético, 6 úlceras por presión, 5 úlceras vasculares, 1 necrobiosis lipoidea.

Estas son lesiones que suelen tener niveles de exudado de moderado a alto, y que en varios casos han tenido signos de infección en los estadios iniciales. La cronicidad y antigüedad de estas lesiones hacen que el proceso de inflamación e infección retrasen la cicatrización. El apósito liberador de ibuprofeno se ha utilizado principalmente para aliviar el dolor y reducir la inflamación tras haberse controlado la infección.

Caso 13: Ulcera por presión

23/7-07: Antes de iniciar tto. Antibacteriano.

10/8-07: Tras tto. antibacteriano. Inicio aplicación de apósito liberador de ibuprofeno.

24/8-07: Apósito liberador de ibuprofeno aplicado con matriz de colágeno.

10/10-07: Cicatrización completa.

Resumen: Esta ulcera por presión de grado IV fue tratada con una terapia local mixta según la fase en la que se fue encontrando la herida. Al inicio del tratamiento el paciente se encontraba en un coma inducido lo cuál hacía imposible valorar el dolor. En este espacio de tiempo la lesión presentaba signos de infección y fue tratado con apósitos antibacterianos y antibioterapia sistémica. El desbridamiento fue quirúrgico y autolítico con la aplicación de un hidrogel. Se utilizó un apósito hidropolimérico absorbente para el sacro como apósito secundario. En todo momento se protegió la piel perilesional con crema barrera. En el diario de curas la utilización del apósito liberador de ibuprofeno fue después de despertar el enfermo del coma inducido presentando un nivel de dolor 7 en la escala EVA, en especial al levantarlo al sillón. Utilizamos el apósito liberador de ibuprofeno en combinación con una matriz de colágeno o un apósito con plata en función de la composición del lecho ulceral con el objetivo de bajar el umbral de dolor, controlar exudado y ayudar a la fase de regeneración. Tras la aplicación del apósito liberador de ibuprofeno se consiguió una reducción significativa del dolor (de 7 sobre 10 a 3) y el control del exudado fue bueno, con cambios de apósito cada 48 horas. Se consiguió la cicatrización completa en 80 días.

Caso 14: Úlcera Vascular

19/4-2007: Estado inicial de la lesión.

19/4-2007: Ilustración del tratamiento local aplicado: Biatain Ibu en combinación con hidrogel y fijación con vendaje compresivo.

Resumen: Las úlceras venosas se deben a una alta presión en las venas de las piernas cuando se está erguido o en reposo[10]. En este caso el enfermero presentaba multiples lesiones en los miembros inferiores de 6 meses de evolución con esfacelos, inflamación y exudado moderado. El paciente refería un dolor de 7 sobre 10 sobre la escala visual analógica. El paciente estaba en tratamiento analgésico por vía oral.

Los objetivos terapéuticos locales fueron el desbridamiento autolítico de la lesión, el control del exudado y la reducción del dolor y de la inflamación. El tratamiento local aplicado fue hidrogel en combinación con los apósitos liberadores de ibuprofeno con cambios de apósito cada 48 horas. Tras una semana con este tratamiento, la inflamación y el dolor bajó sustancialente y se pudo reducir la dosis de analgésicos por vía oral. Tras 15 días se había conseguido eliminar el tejido no viable y el paciente dejó de tomar analgésicos por vía oral, siendo la única terapia analgésica los apósitos liberadores de ibuprofeno. En este momento, el objetivo terapéutico local se convierte en favorecer la granulación y el cierre de la lesión y se decide aplicar un matriz de colágeno como apósito primario y un apósito liberador de ibuprofeno para el control del dolor y del exudado. Tras 40 días con este tratamiento se consigue la cicatrización complete de las lesiones.

GRUPO 5: INFECCIONES CUTANEAS

En este grupo se incluyen pacientes cuyas lesiones se han originado por una infección del tejido cutáneo. Para este estudio se incluyeron 4 casos: 2 pacientes con celulitis espontánea, 1 paciente con celulitis necrotizante y 1 caso de Leishmaniosis. En estos casos los objetivos terapéuticos planteados son: Control de la infección local y sistémica, desbridamiento del tejido no viable, control del dolor, mantenimiento de tejidos perilesionales, cicatrización completa y prevención de recidivas.

Caso 15: Úlcera por celulitis necrotizante

19/7-2007: Estado inicial de la lesión.

11/8-2007

15/9-07: Cicatrización completa

Resumen: Este paciente ingresó en el hospital con fiebre y herida en MID con dolor y aumento de temperatura Este paciente ingresó en el hospital con fiebre y herida en MID con dolor y aumento de temperatura local tras traumatismo a ese nivel 2 semanas antes. La lesión presentaba los siguientes signos de infección[11]: eritema brillante perilesional, induración zona perilesional y gemelar, aumento de la temperatura local. El lecho ulceral tenía presencia de tejido necrótico con escara, esfacelos y un nivel de exudado medio. La piel circundante presentaba eritema brillante doloroso y celulitis, y los bordes estaban macerados. La biopsia del tejido reveló presencia de SAMS (Staphylococcus aureus meticilin sensible). El paciente sufría un dolor alto valorado en 7 sobre 10.

El tratamiento duró 9 semanas culminando en la cicatrización completa de la lesión. Las primeras 2 semanas, los objetivos terapéuticos fundamentales eran controlar la infección local, desbridamiento, manejo del exudado y protección de la piel perilesional[12]. La infección se trató sistémicamente durante 20 días con Meropenem y Vancomicina mientras que a nivel local se utilizaron apósitos antibacterianos. En esta primera etapa, el dolor se trata con perfusión de cloruro mórfico. El desbridamiento se realiza quirúrgicamente y con hidrogeles.

Tras 2 semanas, y una vez controlada la carga bacteriana se inicia el tratamiento con los apósitos liberadores de ibuprofeno para controlar el dolor del paciente y el exudado. En zonas con esfacelos y signos de colonización, el apósito liberador de ibuprofeno se combina con apósitos con plata. Tras 48 horas de aplicación, fue posible sustituir el cloruro mórfico por analgesia de apoyo vía oral. En este momento el dolor había bajado de 7 sobre 10 a 3. En este periodo de tiempo se observó una reducción significativa de la inflamación. El tratamiento combinado con un apósito liberador de ibuprofeno tuvo como resultado la eliminación gradual de los tejidos no viables y el avance gradual hacia la cicatrización completa. En la actualidad está en tratamiento preventivo con ácidos hiperoxigenados en emulsión.

DISCUSION

Las experiencias recogidos en este trabajo apoyan la utilidad de los apósitos liberadores de ibuprofeno. Hemos podido comprobar en este estudio que el apósito es versátil y de utilidad en cualquier tipo de lesión que cursa con dolor y/o con inflamación. En nuestra experiencia el apósito, gracias a su poder de absorción, puede ser utilizado sólo o en combinación con otros apósitos y es efectivo en el tratamiento local del dolor y de la inflamación. Lo hemos utilizado en una gran variedad de lesiones, y han participado un gran número de servicios del hospital, y no parece que el uso del apósito esté restringido a etiologías específicas. Sí hemos podido comprobar que en lesiones secas o con exudación baja la aplicación de un hidrogel ayuda a iniciar la liberación de ibuprofeno del apósito. Un tema que merecería la pena estudiar en el futuro, y sobre el

cuál existe poca evidencia en estos momentos, es el uso del apósito liberador de ibuprofeno en heridas con signos de infección. En este estudio, hemos combinado en algunas lesiones con dolor y signos de infección la aplicación de apósitos liberadores de ibuprofeno con apósitos liberadores de plata para conseguir simultáneamente un control eficaz de la infección (plata) y un alivio local del dolor y de la inflamación (ibuprofeno).

En la actualidad en nuestro hospital el apósito liberador de ibuprofeno está aprobado por la comisión de curas y seguimos estudiando y documentando casos para poder hacer un buen uso del mismo.

CONCLUSIONES

Creemos que lo importante de este trabajo es la diversidad de patologías tratadas con el apósito liberador de ibuprofeno lo cuál ha permitido valorar su utilidad en lesiones y pacientes con características muy diversas. Además, hemos podido comprobar el efecto del apósito cuando se utiliza en combinación con otros productos y cuando se asocian con otras sustancias para facilitar la liberación de ibuprofeno en lesiones sin exudado. El estudio permite concluir que el apósito es de utilidad en el tratamiento de lesiones exudativas con dolor y/o inflamación y que puede ser utilizado en combinación con una gran variedad de productos utilizados habitualmente en el cuidado de las heridas. En este estudio, hemos incluso utilizado el apósito en combinación con apósitos de plata para el tratamiento de lesiones con colonización crítica o infección.

En cuanto al efecto del apósito sobre el dolor, hemos observado que en la gran mayoría de los casos, con la aplicación del apósito liberador de ibuprofeno el dolor persistente disminuye de manera significativa tal como queda reflejado en los casos descritos y en consonancia con otros estudios publicados sobre el apósito[3,13,14]. Según la mayoría de los pacientes, el alivio se hizo notar a partir de hora y media. También observamos reducción del dolor en de las curas y en la retirada del apósito. Gracias a ello, los pacientes en general refirieron dormir mejor lo cuál, sin duda, repercute positivamente en la calidad de vida del paciente. Hemos observado la importancia de implicar al paciente en la valoración contínua del dolor utilizando escalas de valoración visual y diarios para que el paciente refleje sus niveles de dolor en casa. Esta participación parece influir positivamente en el cumplimiento con el tratamiento por parte del paciente y en la actitud hacía las medidas terapéuticas [15].

En varios casos, el apósito ha sido utilizado en lesiones que cursan con inflamación. En ellos hemos visto disminuir la inflamación con la aplicación de los apósitos de ibuprofeno. En algunos casos, particularmente en las heridas quirúrgicas, parece que el control de la inflamación ayuda a conseguir un progreso más eficaz hacia la cicatrización.

En cuanto al control del exudado, los apósitos liberadores de ibuprofeno han mostrado un alto poder de absorción y retención. En lesiones altamente exudativas el apósito aguantó normalmente 24 horas sin problema, mientras que en lesiones de moderada exudación fue posible realizar las curas cada 3 días.

Bibliografía

1. Romo Sanz MI. Tratamiento progresivo de las heridas en medio ambiente húmedo. Librería Cervantes; 1999.
2. Flanagan M, Vogensen H, Haase L, Case series investigating the experience of pain in patients with chronic venous leg ulcers treated with a foam dressing releasing ibuprofen, World Wide Wounds, Internet, April 2006, Disponible en: http://www.worldwidewounds.com/2006/april/Flanagan/Ibuprofen-Foam-Dressing.html
3. Jorgensen B, Juel Friis G, Gottrup F. Pain and quality of life for patients with Venus leg ulcers: Efficacy of Biatain – Ibu, a new pain reducing wound dressing. Wound Rep Reg (2006) 14 233–239.
4. Soldevilla J.J., 2008. Cuidados de las heridas neoplásicas y manejo del linfedema en Cuidados paliativos en enfermería, Editorial SOVPAL, edición digital, en http://www.sovpal.org/capitulos/06-SOLDEVILLA.pdf, consultado el 10/05/2008.
5. Orbegozo, A. Heridas neoplásicas: abordaje desde enfermería. Rev ROL Enf; 32 (1):16-20
6. Brasó JV, Jorro G, Manual de alergia clínica, 1ª Edición, Madrid, Elsevier-Masson, 2003
7. Lavandeira AR, Vigil-Escalera Quintanal LJ., Heridas e infección: hablando en plata. Rev ROL Enf 2005; 28(1):12-18
8. Asociación Española de Enfermería Vascular. Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético de la Asociación Española de Enfermería Vascular. Barcelona: Asociación Española de Enfermería Vascular; 2005.
9. Martínez Cuervo F, Soldevilla Agreda JJ, Novillo Briceño LM, Segovia Gómez S. Prevención de las úlceras por presión. En: Soldevilla JJ, Torra JE. Atención integral de las Heridas Crónicas, Madrid: SPA; 2004. 197-208
10. Conferencia nacional de consenso sobre úlceras de la extremidad inferior. Documento de consenso C.O.N.U.E.I., Conferencia nacional de consenso sobre úlceras de la extremidad inferior; 2009.
11. European Wound Management Association. Identificación de los criterios de infección en las heridas – Documento de Posicionamiento. London: European Wound Management Association; 2005
12. Asociación Española de Cirujanos et al. Documento de consenso sobre el tratamiento antimicrobiano de las infecciones en el pie diabético. ANGIOLOGÍA 2008; 60 (2): 83-101
13. Gottrup F, Jørgensen B, Karlsmark T, Sibbald RG, Rimdeika R, Harding K et al. Lower pain with Biatain–Ibu: a randomised, controlled, double-blind clinical investigation on painful venous leg ulcers. Int Wound J 2007;4 (Suppl. 1):24–34.
14. Vigil-Escalrera LJ, Martínez Cuervo F, Castro Marcos MV, Moreno-Guerín Baño A, Palomar Llatas F, Romo Sanz MI, Evaluación clínica de un nuevo apósito liberador de Ibuprofeno en el tratamiento de pacientes con lesiones dolorosas. Rev ROL Enf 2007; 30(7-8):494
15. López Mulet M, Monserrat Munuera L, Vélez Giménez F. El paciente - protagonista de su propia curación. Rev ROL Enf; 154: 67-73.