

Múltiples úlceras por presión cavitadas y tunelizadas asociada a infección sistémica por MRSA

Antonio Erasto Villar Rojas*, Álvaro Rafael Villar Hernández** y María Dolores Morcillo Losa***

* Enfermero Responsable de la Unidad Integral de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Experto en UPP y HC por el GNEAUPP. Master Universitario en Cuidados y Curas de Heridas Crónicas. ** Enfermero Unidad de Urgencias. *** Enfermera de Medicina Interna. Área Hospitalaria Virgen Macarena, Sevilla

Correspondencia: Antonio Erasto Villar Rojas. Unidad Integral de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Avd/ Dr. Fedriani, 3. 41003 Sevilla.
E-mail: cuidados.macarena.hvm.sspa@juntadeandalucia.es



Foto 1.

Resumen

El desbridamiento de una lesión constituye una etapa obligatoria para la evolución favorable de una lesión ya sea aguda o crónica. Un estudio publicado en este año 2009 muestra, una vez más, que la infección en pacientes con lesiones por presión importantes puede desembocar en una sepsis, con una mortalidad del 68% a los 6 meses. Presentamos el caso de un varón de 67 años de edad con múltiples úlceras por presión asociadas a septicemia. Para el desbridamiento de las lesiones utilizamos la combinación de un apósito antimicrobiano de tecnología Hydrofiber con plata iónica impregnado en una solución de polihexanida betaína. Observamos una excelente evolución y la obtención del cierre completo de las úlceras por presión presentes.

Palabras clave: úlcera por presión, desbridamiento, sepsis, apósito de hidrofibra de hidrocoloide con plata iónica, solución de polihexanida betaína.

Introducción

El desbridamiento de una lesión constituye una etapa obligatoria para la evolución favorable de una lesión ya sea aguda o crónica¹ así como evitar los riesgos para el paciente que representan una úlcera infectada.

Un estudio publicado en este año 2009 muestra, una vez más, que la infección en pacientes con lesiones por presión importantes puede desembocar en una sepsis, con una mortalidad del 68% a los 6 meses².

Existen algunos trabajos científicos en los que se ha demostrado que la utilización de un agente antimicrobiano durante la fase de desbridamiento muestra un efecto beneficioso adicional al desbridamiento cortante^{3,4}.

Con la finalidad de comunicar los resultados alentadores obtenidos con la combinación de un apósito antimicrobiano y una solución de polihexanida presentamos el caso clínico de un paciente con múltiples úlceras por presión y cuadro séptico.



Foto 2.

Material y método

Paciente varón de 76 años, dependiente para todas las actividades de la vida diaria y con una puntuación de 7 en la escala de Norton. Aneurisma cerebral hace 22 años. Anemia desde hace seis meses. Índice de masa corporal = 17. No diabetes mellitus ni hipertensión arterial.

Ingresa en urgencias de nuestro hospital el 30-11-07 por deterioro del estado general, fiebre y desorientación, siendo diagnosticado de sepsis estableciendo como foco probable las úlceras por presión infectadas que presenta el paciente. Se decide ingreso en planta con sueroterapia, antibioterapia endovenosa, analgésicos y antitérmicos. Se asumen las curas del paciente en la Unidad Integral de UPP y HC el 12-12-07. En ese momento presenta un total de 11 úlceras por presión, de las cuales 6 son de estadio IV (zona escroto, perianal, dos en glúteo izquierdo, una en la zona superior y la otra se extiende desde Coxis hasta zona perianal, trocánter izquierdo e isquiones)^(foto 1) todas comunicadas entre sí, con trayectos de más de 20 cm. tal y como se constata en imagen posterior^(foto 2). La mayoría de las lesiones presentando abundante tejido necrótico, mucho exudado e intenso olor fétido. Evidentes signos de infección en todas las úlceras. En sacro y periné presenta úlceras por presión de estadio II, en zona de talón y omoplato de estadio I. y una escara negra seca en zona lumbar.

Se inicia la cura desbridando con instrumental estéril: tijeras de 20 y 25 cm., pinzas de disección de 21 cm. con y sin dientes. Pinzas hemostáticas de 21 cm., separadores de Farabeuf. El procedimiento de desbridamiento se realizó en todas las úlceras y curas. En el resultado del cultivo del exudado: escasos leucocitos polimorfonucleares y flora bacteriana mixta.

Se continúa tratamiento: sueroterapia, antibioterapia endovenosa, antitérmicos y analgésicos, nutrición por sonda nasogástrica. Ingesta de suplementos dietéticos (Resource Arginaid un sobre disuelto en agua cada 8 horas, Resource crema una tarrina de 150 gr. Desayuno, Almuerzo, Merienda y Cena, y Resource espesante o agua gelificada) durante la estancia, debido a su desequilibrio nutricional y a la hipoproteïnemia que presentaba el paciente.

En las dos primeras curas, 12 y 13 de Diciembre, después de desbridar las úlceras, se dejan en las cavidades drenajes de gasa, introducidas hasta el lecho, para dilatar las cavidades, éstas se impregnan en



Foto 2-A.

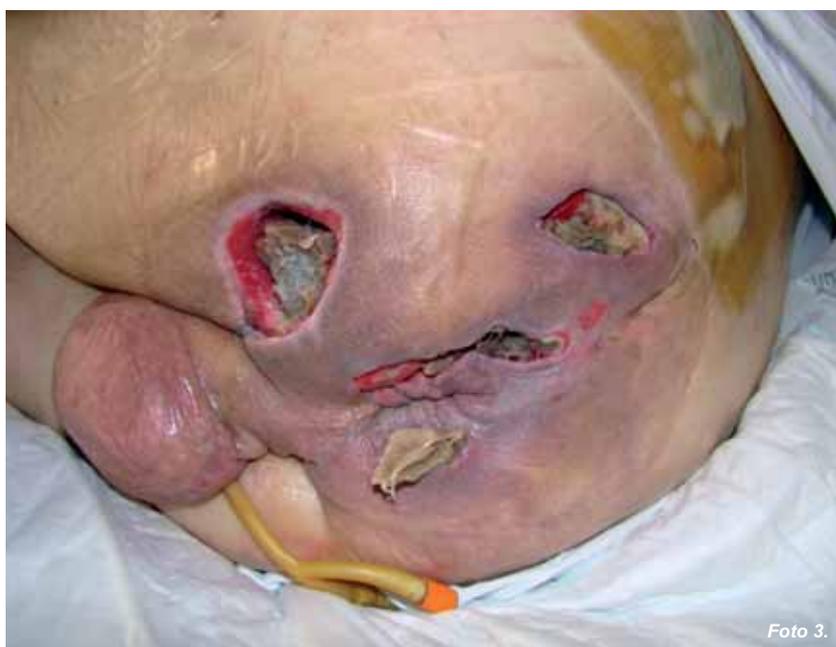


Foto 3.

solución de 0,1% Undecilenamidopropil betaína y 0,1% Polihexanida polihexanida (Prontosan®) (foto 3).

A partir del tercer día, se utiliza apósito de Hidrofibra de hidrocoloide con plata iónica (Aquacel® Ag) impregnado en solución de 0,1% Undecilenamidopropil betaína y 0,1% Polihexanida polihexanida (Prontosan®) hasta saturación y gelificación del apósito que se introduce cortado en tiras por todas las cavidades. Cubriendo con apósito en placa de Hidrofibra de Hidrocoloide con plata iónica (Aquacel® Ag) sin impregnar y apósito secundario de gasas; este mismo tratamiento se aplica a la úlcera del trocánter.

La úlcera situada en la zona lumbar baja, se trata introduciendo con trocar bajo la escara colagenasa e Hidrogel y aplicando apósito hidrocoloide, posteriormente y una vez la escara blanda, se desbridó con bisturí y tijeras, desracando la presencia de gran cantidad de pus al desbridar (foto 4), y procediendo a iniciar misma pauta de curas que en el resto de las lesiones (foto 5).

La pauta de curas seguida fue cambio cada doce horas en el inicio y cada 24 en días sucesivos, en las úlceras situadas en glúteos e isquions, también se cambiaban los apósitos con cada deposición del paciente (habitualmente estreñido). En trocánter y en la zona lumbar, el cambio de apósitos se realizaba cada 24-48 horas dependiendo del nivel de exudado.

Resultados Evolución

El paciente es dado de alta hospitalaria el 14-01-08, aproximadamente al mes de haber sido asumido por la Unidad Integral de UPP y HC, con todas las cavidades que comunicaban ya cerrados los trayectos y con presencia de tejido de granulación y epitelización cubriendo la totalidad de las superficies (foto 6).

Al alta del paciente se establece un plan de continuidad de cuidados por parte de la Unidad Integral de UPP y HC dirigido a la enfermera de atención primaria responsable de los cuidados del paciente en el domicilio. Se entrega carta a los familiares del paciente con el plan de continuidad de cuidados dirigida a la enfermera referente de primaria, junto con el teléfono corporativo del responsable de la Unidad Integral de UPP y HC.

Posteriormente al alta, se contacta telefónicamente con la enfermera de atención primaria y se le recuerda la disponibilidad de la Unidad para cualquier consulta o colaboración en los cuidados. Durante la evolución del paciente se mantienen varios



Foto 4.



Foto 5.



Foto 6.



Foto 7.



Foto 8.

contactos telefónicos con dicha enfermera. A los quince días del alta (29-01-08), acude el paciente al hospital para revisión de las úlceras, presenta todas las lesiones de los glúteos, isquion y zona perianal epitelizadas o en fase de epitelización (foto 7). Posteriormente es atendido el paciente en la Unidad Integral de UPP y HC en dos ocasiones adicionales hasta la epitelización completa de estas lesiones.

En la actualidad, junio de 2.009, el paciente permanece en cama con ausencia total de UPP y aceptable calidad de vida (lee prensa, ve la televisión, etc.) (foto 8).

Discusión y conclusiones

El desbridamiento de una lesión es un elemento necesario para conseguir la cicatrización. En los casos como el presentado en este trabajo el estado de las lesiones estaba comprometiendo la vida del paciente por lo que se requería de una limpieza amplia, rápida y efectiva de las lesiones. Teniendo esto presente, las opciones de técnicas de desbridamiento disponibles para el paciente debían de actuar de manera urgente, una opción posible hubiera sido el desbridamiento quirúrgico de las lesiones en quirófano. Sin embargo, el estado general del paciente también representaba un riesgo tanto desde el punto de vista de la anestesia y/o sedación como desde la posibilidad que se liberasen un mayor número de gérmenes en el torrente sanguíneo como consecuencia del desbridamiento. La opción mediante la combinación de un apósito antimicrobiano y una solución limpiadora resultó sumamente efectiva, resultando menos agresiva y por lo tanto con menos riesgos para el paciente. En este caso no únicamente debe constatar el escaso tiempo requerido para el desbridamiento sino también la rápida evolución del tejido de granulación y epitelización que permitió un cierre completo de las lesiones en un tiempo inferior a los 60 días un período escasamente corto si consideramos las características de las lesiones y estado general del paciente en el momento inicial.

El alta del paciente al domicilio también debe plantearse y planificarse con el mayor detalle posible para asegurar una adecuada continuidad de los cuidados con el fin de conseguir la evolución favorable y evitar nuevas recidivas de las lesiones. Para ello juegan un papel clave tanto la enfermera de atención primaria, como los propios familiares y cuidadores del paciente.

Bibliografía

1. Wolcott RD, Kennedy JP, Dowd SE. Regular debridement is the main tool for maintaining a healthy wound bed in most chronic wounds. *J Wound Care*. 2009; 18 (2): 54-6.
2. Schiffman J, Golinko MS, Yan A, Flattau A, Tomicanic M, Brem H. Operative debridement of pressure ulcers. *World J Surg*. 2009; 33 (7): 1396-402.
3. Nash MS, Nash LH, Garcia RG, Neimark P. Nonselective debridement and antimicrobial cleansing of a venting ductal breast carcinoma. *Arch Phys Med Rehabil*. 1999; 80 (1): 118-21.
4. Malay DS, Yi S, Borowsky P, Downey MS, Mlodzienski AJ. Efficacy of debridement alone versus debridement combined with topical antifungal nail lacquer for the treatment of pedal onychomycosis: a randomized, controlled trial. *J Foot Ankle Surg*. 2009; 48 (3): 294-308.