

ACTUACIÓN ENFERMERA ANTE LA COMPLICACIÓN DE UNA HERIDA QUIRÚRGICA EN CUERO CABELLUDO

NURSING PROCEDURE ABOUT COMPLICATION OF A SURGICAL WOUND IN SCALP

Autora: Lorena Liñayo Freire

Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria.
Gerencia de Gestión Integrada de A Coruña, Galicia, España.

Contacto: lore_280687@hotmail.com

Fecha de recepción: 10/01/2017
Fecha de aceptación: 11/04/2017

RESUMEN

Caso clínico de un varón de 65 años, diagnosticado en 2011 de un adenocarcinoma apocrino sobre nevus organoide en cuero cabelludo que extirpan en ese mismo año. Cuatro años más tarde presenta recidiva de lesiones en cicatriz y le programaron nueva exéresis y reconstrucción de lesión tumoral multifocal en piel de cuero cabelludo. La herida presentó evolución tórpida, por lo que acude de nuevo a quirófano para realizar un desbridamiento quirúrgico y la herida evoluciona favorablemente llegando a su cierre completo. El objetivo de este artículo es narrar la evolución en la cicatrización de una herida quirúrgica tras sufrir una complicación por infección. Así como, resaltar la colaboración entre los profesionales tanto de atención primaria como especializada para garantizar la correcta continuidad de los cuidados.

Palabras clave: herida quirúrgica, cuidados de enfermería, continuidad de los cuidados, adenocarcinoma, infección de heridas, cicatrización de heridas.

ABSTRACT

A clinical case of a male of 65 years, diagnosed in 2011 of an adenocarcinoma apocrino on nevus organoide in the scalp that they extirpate in that same year. Four years later, he presented recurrence of scar lesions and scheduled new excision and reconstruction of a multifocal tumor lesion on scalp skin. The wound presented a torpid evolution, so it goes back to the operating room to perform a surgical debridement and the wound progresses favorably, reaching its complete closure. The objective of this article is to describe the evolution in the cicatrization of a surgical wound after suffering a complication

by infection. As well, highlight the collaboration between professionals in both primary and specialized care to ensure the correct continuity of care.

Key words: *surgical wound, nursing care, continuity of care, adenocarcinoma, wound infection, wound healing.*

INTRODUCCIÓN

Las heridas son un motivo de consulta frecuente en el ámbito de la atención primaria y servicios de urgencia⁽¹⁾ y las posibles complicaciones que pueden surgir durante el proceso de curación están a la orden del día. Una de estas posibles complicaciones es la infección del sitio quirúrgico, que es definida como la infección que ocurre durante los 30 días del postoperatorio que afecta a piel o tejido subcutáneo, a tejidos blandos profundos de la incisión, o a cualquier órgano o estructura manipulada durante la intervención^(2,3).

En el año 2015 se practicaron 34.291 intervenciones quirúrgicas en la Gerencia de Gestión Integrada de A Coruña Galicia, España), de las cuales, 7.962 fueron resueltas a través de la cirugía mayor ambulatoria (CMA) y de estas, 1.170 correspondieron a exéresis de carcinoma cutáneo⁽⁴⁾.

La cirugía mayor ambulatoria (CMA) se define, según el Real Decreto 1277/2003 como aquellos "procedimientos quirúrgicos terapéuticos o diagnósticos, realizados con anestesia general, loco-regional o local, con o sin sedación, que requieren cuidados postoperatorios de corta duración, por lo que no necesitan ingreso hospitalario"^(5,6); esto quiere decir que los pacientes el mismo día de la intervención quirúrgica vienen de su domicilio y vuelven a él, después de un período de ob-

servación y control; estando, por tanto, incluidos en el tipo II (Tabla 1) de la clasificación de Davis^(7,8).

Tabla 1: Criterios Quirúrgicos de Davis⁽⁸⁾

Tipo	Criterio
Tipo I	Intervenciones que pueden practicarse en la consulta con anestesia local y no requieren ningún cuidado especial en el postoperatorio.
Tipo II	Intervenciones que pueden realizarse con anestesia local, regional, general o con sedación y que requieren cuidados postoperatorios específicos, pero no intensivos ni prolongados y la analgesia, si hace falta, es de tipo oral.
Tipo III	Los que requieren cuidados prolongados del entorno hospitalario en el postoperatorio.
Tipo IV	Los que requieren cuidados muy especializados o críticos en el postoperatorio.

El objetivo de este caso clínico es describir la evolución de los cuidados y la cicatrización por segunda intención, de una herida quirúrgica realizada en la modalidad de CMA en zona de cuero cabelludo, tras sufrir una complicación por infección.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Antecedentes

Varón de 65 años que vivía sólo y era independiente para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Antecedentes personales de hipertensión arterial, osteoporosis, prostatitis, hiperuricemia, dislipemia, abuso crónico de alcohol (último consumo enero de 2014) y ex-fumador de 10 cigarrillos al día. En 2011 fue diagnosticado por el servicio de dermatología de un adenocarcinoma apocrino sobre Nevus organoide que le habían extirpado ese mismo año.

El 2 de junio de 2015, el paciente acude a consultas externas del Servicio de Dermatología, dónde se le diagnostica una recidiva de lesiones en la cicatriz previa (Figura 1). El paciente también manifestó haber tenido cefalea intensa en dos ocasiones.

El 25 de junio acudió de nuevo a consulta de dermatología y le programan para exéresis y reconstrucción de manera ambulatoria (CMA) en la



Figura 1. Lesión recidivante.

Unidad de Cirugía Sin Ingreso (UCSI) de la Gerencia de Gestión Integrada de A Coruña.

El día 20 de julio 2015, se le practica exéresis de lesión tumoral multifocal en piel de cuero cabelludo y se deriva al Centro de Salud (CS) con indicación de realizar curas cada 24-48h.

Valoración y plan de cuidados de enfermería:

En el Centro de Salud, la valoración inicial de enfermería se realiza de acuerdo al modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson⁽⁹⁾:

1. Respirar normalmente: patrón respiratorio normal en el momento de la atención inicial. Antecedentes de ex fumador de 10 cigarros/día.
2. Beber y comer adecuadamente: refiere non beber alcohol desde enero de 2014 y sigue una dieta variada.
3. Eliminar deshechos corporales: hábito normal.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas: independiente para ABVD. Refiere caminar un par de veces por semana.
5. Dormir y descansar: hábito normal sin alteraciones.
6. Escoger ropa adecuada, vestirse y desnudarse: no presentaba dificultad para vestirse y/o desvestirse. Utilizaba de manera habitual y cada vez que salía a la calle, una boina que le permitía disimular el apósito que protegía la herida quirúrgica.
7. Mantener la temperatura corporal en límites normales: sin alteraciones clínicas.
8. Mantener la higiene corporal e la integridad da la piel: presenta herida postquirúrgica en cuero cabelludo, línea media craneal.

9. Detectar y evitar los peligros del entorno: sin alteraciones observables.
10. Comunicarse con otros: vive solo, aunque cuenta con un amigo que le ayuda en su quehacer diario. En ocasiones sufre de cefalea.
11. Actuar con arreglo a la propia religión/fe: no presenta alteraciones espirituales.
12. Trabajar para sentirse realizado: está jubilado y es independiente para ABVD.
13. Participar en diversas formas de entretenimiento: sale a pasear y participa en actividades lúdicas con su amigo.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad: no presenta alteraciones.

Tras dicha valoración, una vez analizados e interpretados los datos, se elaboró un plan de cuidados individualizado adaptado a la situación del paciente, identificando los problemas de salud reales o potenciales y formulando los siguientes diagnósticos enfermeros (NANDA-I) detectados⁽¹⁰⁾:

- (00004) Riesgo de infección relacionado con (r/c) destrucción tisular y aumento de la exposición ambiental.
- (00153) Riesgo de autoestima situacional baja r/c alteración de la imagen corporal.
- (00161) Disposición para mejorar los conocimientos manifestados por (m/p) interés en el aprendizaje del manejo de la herida quirúrgica.
- (00132) Dolor agudo r/c agentes físicos m/p comunicaciones verbales del dolor.

Las pautas terapéuticas realizadas se resumieron en:

- Mantener la toma de medicación habitual prescrita para sus comorbilidades.
- Establecer y registrar pauta de analgesia por si presenta dolor.
- Realizar curas diarias (c/24h) en un primer momento y después según evolución.
- Apoyo psicológico al paciente. Empatía, comunicación y favorecer la expresión de sentimientos.
- Desbridamiento quirúrgico del tejido necrótico.
- Desbridamiento enzimático en zonas donde presenta fibrina.

- Desbridamiento cortante en zonas donde persistía fibrina.
- Favorecer el crecimiento de tejido de granulación mediante o uso de diferentes apósitos y productos de cura en ambiente húmedo.

RESULTADOS Y EVOLUCIÓN CLÍNICA DEL CASO

El día 24 de julio 2015, acudió al centro de salud para realizar cura de la herida quirúrgica, la cual presentaba bastante suciedad y costra. Se inició la cura con limpieza exhaustiva, aplicación de povidona yodada (Betadine® gel), malla vaselinada (Linitul®) y apósito seco de protección, siguiendo la pauta indicada por el Servicio de Dermatología.

El paciente asistió diariamente a realizar la cura tanto al centro de salud como al punto de atención continuada (PAC), el fin de semana. A los 5 días de tratamiento con la misma pauta de cura, la herida continuaba con mal aspecto, había menos suciedad, pero se mantenían las costras, las cuales cada vez estaban más endurecidas y comenzaban a fluctuar con la manipulación, por lo que, se procedió a cambiar la pauta de la cura por una limpieza exhaustiva, aplicación de antiséptico de clorhexidina al 2% (técnica de momificación)⁽¹¹⁾ y vaselina estéril, para favorecer el reblandecimiento.

Las curas se realizaron de la misma manera durante algunos unos días hasta que el 3 de agosto, en la revisión con el dermatólogo, la herida presentaba una necrosis parcial de la plastia. Se le retiraron los puntos y grapas y fue nuevamente derivado al centro de salud para continuar con curas diarias siguiendo el plan de curas de: *“Lavar con esponja jabonosa, aclarar con suero fisiológico y levantar costras no adheridas con pinza y bisturí, luego cura con Bactroban® pomada hasta nueva revisión”*.

En el centro de salud se mantuvo el plan de curas del dermatólogo durante los siguientes 14 días. La herida fue disminuyendo lentamente de tamaño, pero persistía una zona de costras endurecidas que cada día fluctuaban más y no se podía realizar desbridamiento cortante debido a la sensación de dolor que refería el paciente.

El día 17 de agosto, acudió de nuevo a revisión del dermatólogo. Presentaba costras extensas y muy adheridas. Programaron limpieza en qui-

rófano el 4 de septiembre y hasta ese día, se realizaron curas limpiando la herida con agua y jabón, aplicación de Bactroban® pomada (anti-microbiano tópico) por la mañana y Vaseline 5% (Ác. Salicílico) por la noche.

El día 4 de septiembre le realizan el desbridamiento quirúrgico de la herida. A los dos días, el paciente acude al centro de salud con un informe médico donde se indicaba: “Limpieza con agua y jabón, aplicación de Bactroban®, Linitul® y apósito de protección”. Las dimensiones de la herida eran: largo 12,5cm x 2,5cm ancho, bordes irregulares, profundidad variable (zona más profunda de 0,5 cm aprox.), con presencia de abundante fibrina en zona periulceral y tejido necrótico en la parte central del lecho (Figura 2).

El 8 de septiembre se reevaluó la situación integral y holística del paciente: el tiempo excesivo con la misma pauta de curas, el uso de la pomada Bactroban® excedía del mes y el problema de acudir diariamente a la consulta de enfermería, por lo que se planteó un cambio. Se procedió a realizar la cura de limpieza con suero salino fisiológico, desbridamiento cortante en los extremos de la herida, zonas más occipital y más frontal, donde la fibrina estaba más concentrada. Desbridamiento enzimático con Iruxol Mono®, aplicación de hidrofibra de hidrocoloide (Aquacel®) y apósito secundario convencional de protección. En la zona central se puso hidrofibra de hidrocoloide con plata (Aquacel® Ag) y acudir a la consulta cada dos días. La evolución de la cicatrización fue lenta, pero de forma progresiva disminuyó considerablemente la cantidad de fibrina junto con la reducción del tamaño y profundidad de la herida y aumento del tejido de granulación (Figura 3).

El día 17 de septiembre, acude a revisión del dermatólogo. Se retira fibrina con curetaje en las zonas de la herida donde persistía y se establece pauta de curas cada 48 horas con Iruxol mono®, Urgotul® (apósito lípido-coloide) y apósito protector. Desde ese día hasta nueva revisión se continuó con el mismo plan de curación, la herida mejoró notablemente, presentaba tejido de granulación en la zona central, las zonas de fibrina cada día que transcurría eran cada vez más pequeñas, disminuyó el tamaño y profundidad (Figura 4). El paciente ya no tenía dolor y estaba mucho más animado.



Figura 2. Aspecto de la lesión un mes después de la intervención.



Figura 3. Evolución lenta que requiere desbridamiento.



Figura 4. Evolución favorable.

El día 8 de octubre, nueva revisión en Dermatología. Evolución satisfactoria, se le retiraron con pinza restos de fibrina que persistían. Curas con Bactroban® y Urgotul® cada 48 horas hasta la nueva revisión el día 22 de octubre. Persistía pequeña zona sin cicatrizar de 2,5cm x 1 cm de diámetro. Las curas se pasaron a lavar con agua y jabón y aplicación de Betadine®.

La herida fue decreciendo cada día más el tamaño y el 27 de octubre fue el último día que se aplicó Betadine®. A partir de ese momento sólo fue necesaria la aplicación de vaselina y crema hidratante 2-3 veces al día (Figura 5).



Figura 5. Lesión prácticamente resuelta.

El día 9 de noviembre, se produce la cicatrización completa de la lesión (Figura 6).



Figura 6. Cicatrización completa.

DISCUSIÓN-CONCLUSIONES

El proceso de cicatrización de una herida quirúrgica puede realizarse por primera intención, por segunda intención y por tercera intención o cierre diferido⁽³⁾. En este caso, la cicatrización fue por segunda intención debido a un proceso de infección y necrosis de los tejidos, donde se ha

dejado evolucionar la herida y facilitar su proceso de cicatrización mediante cura en ambiente húmedo. Aunque ha tenido una evolución más lenta con respecto a otros tipos de cicatrización^(1,10).

La resolución de la herida quirúrgica duró un periodo de 3 meses y 20 días, siendo sus cuidados y tratamiento de curas muy variable, y en constante reevaluación debido a la clínica que presentaba. En un primer momento ha sufrido complicaciones (infección y necrosis), motivo por el cual el paciente precisó pasar hasta en dos ocasiones por el quirófano para limpieza quirúrgica. Finalmente, la lesión logró epitelizar sin secuelas hasta el alta definitiva por el servicio de dermatología.

Destacar que durante el periodo de tiempo que el paciente ha acudido a las citas programadas, tanto en la consulta de enfermería, como del servicio de dermatología y el PAC, la conducta fue adecuada y participativa para el autocuidado de la herida en su domicilio.

La presentación de este caso muestra como la adecuada actuación y coordinación de los profesionales de la salud, tanto de atención primaria como de atención especializada (consultas externas), permiten garantizar una correcta continuidad de los cuidados para lograr la pronta resolución de una herida tórpida. El trabajo entre ambos niveles asistenciales ha sido crucial, muy satisfactorio y provechoso.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores de este estudio declaran no tener ningún conflicto de intereses en la elaboración y publicación de este artículo. Tampoco han recibido financiación externa para llevar a cabo este estudio.

AGRADECIMIENTOS

A mis compañeros del Centro de Salud "San José" de A Coruña, por su colaboración y apoyo incondicional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico. Centro Cochrane Iberoamericano, coordinadores. Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico. [Online]. Madrid: Ministerio de Ciencia e innovación. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) de Catalunya; 2010. [Citado en abril de 2017]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_478_Seguridad_Paciente_AIAQS_compl.pdf

2. Larrañaga I, Lizarazu E, Pintado R, Ruíz de Larramendi MT. Manual de heridas y suturas para la enfermera de urgencias. Servicio de Urgencias Generales H.U.D. [Online]. Osakidetza; 2014. [Citado en abril de 2017]. Disponible en: <http://esdocs.com/doc/1228778/manual-de-heridas-y-suturas-para-la-enfermera-de-urgencias>
3. López De los Reyes R, Vives Rodríguez E, Arantón Areosa L, Rumbo Prieto JM. Guía práctica de la herida quirúrgica aguda. Guía nº6. [On line]. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia. Consellería de Sanidad. Servicio Gallego de Salud. Dirección General de Asistencia Sanitaria; 2016. [Citado en abril de 2017]. Disponible en: <http://ulcerasfora.sergas.es/Informacion/Documents/71/GU%C3%8DA%20N%C2%BA6%20H%20QUIR%C3%9ARGICA%20AGUDA%20cast.pdf>
4. Gerencia. Xerencia de Xestión Integrada de A Coruña. Memoria anual 2015. [Online]. A Coruña: XXI A Coruña; 2016. <http://hospitalcoruna.sergas.es/conocenos/Memorias/Memoria%20XXIAC%202015.pdf>
5. Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. Boletín Oficial del Estado, nº254. 23 de octubre de 2003.
6. Terol E, Palanca I, coordinadores. Manual unidad de cirugía mayor ambulatoria. Estándares y recomendaciones. [Online]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Servicios sociales; 2008. [Citado en abril de 2017]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/guiaCMA.pdf>
7. Godina Peris P, coordinadora. Cirugía ambulatoria. Criterios técnicos de autorización administrativa de los centros asistenciales en el ámbito de la cirugía ambulatoria y de las exploraciones y pruebas diagnóstico-terapéuticas, fuera del área quirúrgica. [Online]. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social; 2002. [Citado en abril de 2017]. Disponible en: http://www.hespanol.com.ar/upload/MANUAL_DE_CIRUGIA_AMBULATORIA.pdf
8. Davis JE, Sugioka K. Selecting the patient for major ambulatory surgery: Surgical and anaesthesiology evaluations. Surg Clin North A. 1987; 67:721-32. PMID: 3603332
9. Luis MT, Fernández C, Navarro MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento del Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ª ed. Barcelona: Elsevier Doyma SL; 2007 (reimpresión).
10. Herdman TH, Kamitsuru S. NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2015-2017. Barcelona: Elsevier España; 2015.
11. Rodríguez Vilas V, López Trapero V. Técnica de momificación con clorhexidina en pie con gangrena húmeda. Metas Enferm. 2016; 19(6):74-8.