

ÚLCERA VENOSA. UN ABORDAJE HOLÍSTICO

VENOUS ULCER. A HOLISTIC APPROACH

Fecha de recepción: 05/11/2020
 Fecha de aceptación: 19/11/2020

González-Fernández MD, González-Bernárdez MB. Úlcera venosa. Un abordaje holístico. *Enferm Dermatol.* 2020; 14(41): e01-e03. DOI: 10.5281/zenodo.4483811

Sr. Director:

La úlcera de etiología venosa es la más frecuente en la extremidad inferior representando entre el 70-80% del total de heridas en esta área. El desencadenante fundamental de este tipo de lesiones sería la hipertensión venosa ambulatoria secundaria a su vez a la disfunción en el cierre de las válvulas; esta situación da como resultado un daño en la microcirculación de la piel. Esto conduce a lipodermato-esclerosis y ulceración en algunos pacientes^(1,2).

El incremento en la síntesis de metaloproteinasas se observa en heridas crónicas causadas por trastornos vasculares, entre ellos insuficiencia venosa. En este tipo de lesiones se encuentran niveles elevados de elastasas, colagenasas, citocinas proinflamatorias, quimiocinas y neuropéptidos, contribuyendo a que no cicatrice de manera rápida y efectiva⁽³⁾.

Las heridas a menudo son tratadas desde una perspectiva local sin tener en cuenta ni las patologías concomitantes que padece el paciente ni sus circunstancias socio-laborales las cuales pueden influir de una manera decisiva en la evolución de su proceso patológico, siendo tarea de los profesionales de la salud facilitar los conocimientos para que el paciente sea capaz de escoger entre las opciones que tiene y actuar en consecuencia⁽⁴⁻⁷⁾.

Comentaremos el caso de un paciente varón de 43 años, sordomudo, bebedor de 100 g de alcohol/día y fumador de 50 cigarrillos/día. De difícil trato, desconfiado y con escasa colaboración en su autocuidado. Gran dificultad de comunicación debido a su discapacidad y desconocimiento de lenguaje de signos. Escaso apoyo social. Trabaja como panadero por lo que pasa muchas horas al día en bipedestación sin apenas moverse.

Acude al centro de salud presentando na lesión de 7 x 2 cm en miembro inferior (MMII) de 4 años de evolución refractaria al tratamiento y con una baja adherencia a este por parte del paciente.

Entendiendo que el tratamiento va más allá de las curas locales, tras la valoración de enfermería, elaboramos un plan de cuidados que abordara los problemas detectados⁽⁶⁾ (Tabla 1).

NANDA	NOC	NIC
DOMINIO 1: Promoción de la salud	Autocontrol: enfermedad crónica (3102)	Establecimiento objetivos comunes (4410)
Clase 2: Gestión de la salud	Conducta de cumplimiento (1601)	Asesoramiento (5240)
Gestión ineficaz de la salud (00078)		Acuerdo con el paciente (4420)
DOMINIO 1: Promoción de la salud	Conducta de adhesión (1600)	Enseñanza: proceso de enfermedad (5602)
Clase 2: Gestión de la salud	Control de riesgo: consumo de alcohol (1903)	Facilitar la autorresponsabilidad (4480)
Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud (00188)	Control de riesgo: consumo de tabaco (1906)	
DOMINIO 5: Percepción/cognición	Satisfacción del paciente/usuario: comunicación (3002)	Enseñanza: individual (5606)
Clase 5: comunicación	Comunicación (0902)	Facilitar el aprendizaje (5520)
Deterioro de la comunicación verbal (00051)		
DOMINIO 11: Seguridad/Protección.	Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101)	Control de infecciones (6540)
Clase 2: Lesión física		Vigilancia de la piel (3590)
Deterioro de la integridad cutánea (00046)		

Tabla 1: Diagnósticos NANDA, resultados NOC e Intervenciones NIC del plan de cuidados.

La herida presentaba una forma ovalada con diámetro longitudinal mayor que el transversal, piel perilesional con presencia de dermatitis ocre, lecho esfacelar, exudado moderado (Imagen 1), dolor EVA= 2, antecedentes de flebitis venosa superficial en la zona, pulsos conservados, ITB= 1,3.



Imagen 1: Úlcera venosa en MMII derecho.

CARTAS AL DIRECTOR

Todos estos datos nos indican que estamos ante un caso de enfermedad venosa crónica, C-6 en la clasificación CEAP. Con la evidencia que disponemos en este momento la terapia compresiva es de primera elección y, en nuestro caso, optamos por un sistema bicapa.

Se aborda el tratamiento de la lesión siguiendo los principios del acrónimo TIMERS⁽⁶⁾; limpieza de la herida en cada cura con suero fisiológico, se promueve el desbridamiento autolítico con apósito de fibras de poliacrilato, no hay criterios clínicos ni datos indirectos que nos hagan sospechar infección, usamos un apósito secundario para manejo de exudado y crema de óxido de Zinc en bordes. Se hidrata toda la extremidad con Ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO).

Se le explica al paciente a través de gestos y escritura que le vamos a vendar la pierna, le mostramos el material y procedemos a su aplicación. A las 24 h. se presenta en la consulta con el vendaje descolocado y con grandes aspavientos refiere que le molesta y que no lo quiere. Intentamos convencerlo, pero resulta imposible.

Tras evaluar las alternativas pensamos en la posibilidad de usar medias de compresión fuerte hasta la rodilla. Le mostramos una, explicamos el porqué es tan importante su uso, como actúa y que con ella aumentan las posibilidades de cicatrización de la herida. Después de varios intentos el paciente accede. A partir de ese momento se observa mejoría de la lesión (Imagen 2), aunque de evolución lenta, lo que reforzó positivamente al paciente en la adherencia al tratamiento.



Imagen 2: Aspecto de la úlcera venosa a los 3 meses.

Simultáneamente trabajamos con el paciente en lo referente a sus conductas adictivas y, aunque no conseguimos que deje el tabaco ni el alcohol, sí que redujera significativamente su consumo.

Una vez que el lecho de la lesión estuvo limpio sospechamos la presencia de metaloproteasas de matriz debido al tiempo de evolución y al tipo de lesión por lo que utilizamos un apósito inhibidor de las mismas y otro secundario para manejar el exceso de exudado, mejorando la lesión (Imagen 3).



Imagen 3: Aspecto de la úlcera venosa a los 7 meses.

Al cabo de 9 meses después de la primera consulta, la herida está completamente epitelizada (Imagen 4). Asimismo, el paciente ha adoptado una rutina de cuidados encaminada a evitar nuevas recidivas, a día de hoy sigue utilizando medias de compresión e hidratando a diario la piel del miembro afecto.



Imagen 4: Úlcera venosa epitelizada a los 9 meses.

Como conclusión, el tratamiento etiológico de las heridas es el pilar básico para alcanzar la cicatrización. Aunque el vendaje compresivo es de primera elección en el abordaje de úlceras venosas las medias de compresión terapéutica con una presión ≥ 35 mmHg pueden resultar una alternativa eficaz en pacientes en donde el vendaje no es posible. Que el paciente comprenda el porqué de las diferentes actuaciones es fundamental para su correcta adherencia al tratamiento, base para la resolución de este tipo de lesiones⁽⁷⁾.

Establecer una relación de ayuda y de confianza con el paciente, para que la persona se adhiera a su tratamiento e implemente los cambios como parte de su vida y cotidianidad debe formar parte del trabajo diario del profesional de atención primaria.

Los factores sociales que rodean al paciente deben ser tenidos en cuenta a la hora de proyectar su plan de atención puesto que influyen de manera determinante en la evolución de su problema de salud⁽⁸⁾.

Autoras:  María Dolores González-Fernández ⁽¹⁾,
 María Belén González-Bernárdez⁽²⁾.

(1) Enfermera (RN), Centro de Salud O Carballiño (Ourense).

(2) Enfermera (RN), Centro de Salud O Irixio (Ourense).

Contacto: mar1983ia@yahoo.es

CONFLICTOS DE INTERÉS:

Las autoras declaran no tener conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Asociación Española de Enfermería Vasculare y Heridas. Guía de práctica clínica: Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético. 3ª edición. Madrid. AEEVH, 2017.
2. Harding K, Armstrong DG, Barrett S, et al. Consenso internacional. Función de las proteasas en el diagnóstico de heridas. Revisión de un grupo de trabajo de expertos. Londres: Wounds International; 2011.
3. Ferranti-Ramos A, Garza-Garza G, Bátiz-Armenta J, Martínez-Delgado G, De la Garza-Álvarez F, Martínez-Menchaca HR. et al. Metaloproteinasas de la matriz extracelular y su participación en el proceso de cicatrización. *Medicas UIS*. 2017; 30(2): 55-62.
4. Marinello Roura J, Verdú Soriano J (Coord.). Conferencia nacional de consenso sobre las úlceras de la extremidad inferior (C.O.N.U.E.I.). Documento de consenso. 2ª Ed. Madrid: Ergon; 2018.
5. García-Martínez MB, Raña-Lama CD. Guía práctica de úlceras de la extremidad inferior. [Guía práctica nº 2]. En: Rumbo-Prieto JM, Raña-Lama CD, Cima-devila-Álvarez MB, Calvo-Pérez AI, Fernández-Segade J, editores. Colección de guías prácticas de heridas del Servicio Gallego de Salud. Santiago de Compostela (A Coruña): Xunta de Galicia. Consellería de Sanidad. Servicio Gallego de Salud; 2016.
6. NNNConsult.com [Sede Web]: Elsevier B.V.; 2020. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/>
7. Domínguez-Cruz JJ, Pereyra-Rodríguez JJ, Ruiz-Villaverde R. Empoderamiento y dermatología. *Actas Dermosifiliogr*. 2018;109(2):133-9.
8. Atkin L, Bučko Z, Conde Montero E, Cutting K, Moffatt C, Probst A, Romanelli M, Schultz GS, Tettelbach W. Implementing TIMERS: the race against hard-to-heal wounds. *J Wound Care*. 2019; 23(Sup3a):S1-S50.