

CUANDO LA CICATRIZACIÓN SE VUELVE UN RETO: A PROPÓSITO DE UN CASO DE ÚLCERA TÓRPIDA

WHEN HEALING BECOMES A CHALLENGE: A CASE OF A REFRACTORY ULCER

Autores/as:  Julia Sellés-Benavent ^{(1) (*)};  Neus Mestre-Miralles ⁽²⁾;  Mónica Carbila Pérez ⁽²⁾.

(1) Enfermera. EIR 2 Enfermería Familiar y Comunitaria. Centro de salud de Pego. Departamento Denia, Alicante (España).

(2) Enfermera. Centro de salud de Pego. Departamento Denia, Alicante (España).

Contacto (*): juliaselles25@gmail.com

Fecha de recepción: 14/10/2024

Fecha de aceptación: 10/12/2024

Sellés-Benavent J, Mestre-Miralles N, Carbila Pérez M. Cuando la cicatrización se vuelve un reto: a propósito de un caso de úlcera tórpida. *Enferm Dermatol.* 2024;18(53): e01-e03. DOI: 10.5281/zenodo.14562274

RESUMEN:

Se presenta el caso de un hombre de 79 años con una úlcera en la espalda con una cicatrización tórpida, que ha sido tratada previamente con varios métodos sin éxito. El caso clínico se basa en la descripción del tratamiento, la evolución y las conclusiones obtenidas, destacando la importancia del seguimiento por parte de la enfermera.

Palabras clave: Cicatrización; Herida crónica; Proceso curativo.

ABSTRACT:

A case is presented of a 79-year-old man with a refractory ulcer on his back, which has been previously treated with various methods without success. The clinical case is based on the description of the treatment, the evolution, and the conclusions obtained, highlighting the importance of follow-up by the nurse.

Keywords: Healing; Chronic wound; Healing process.

INTRODUCCIÓN:

Las úlceras cutáneas constituyen una causa significativa de morbilidad y mortalidad a nivel global y pueden originarse por diversas razones, incluyendo diabetes mellitus, neuropatía periférica, inmovilidad, presión, traumatismos, arteriosclerosis, infecciones y/o insuficiencia venosa⁽¹⁾.

Una herida implica la pérdida de continuidad tanto anatómica como fisiológica de la piel. Estas pueden dividirse según su tiempo de cicatrización en agudas y crónicas. En las primeras, el tiempo de cicatrización medio suele ser de 2 a 4 semanas, mientras que en las segundas, el tiempo de cicatrización puede alargarse hasta 7 meses de media⁽¹⁻⁴⁾.

El 95% de las úlceras crónicas son de origen venoso, isquémico, neuropático o por presión⁽⁵⁾, mientras que el resto son otros tipos de heridas que cicatrizan por segunda intención⁽⁶⁾.

Las heridas crónicas representan un problema de salud que tiene serias repercusiones en la calidad de vida de los pacientes, a quienes se les proporcionan cuidados y suponen un gasto en recursos materiales y profesionales⁽⁶⁾. Las heridas pueden afectar negativamente el bienestar general de los pacientes, quienes pueden permanecer durante períodos prolongados (incluso años) en el sistema sanitario.

La cicatrización de las heridas se divide en tres fases: inflamatoria, proliferativa y de maduración. En la fase inflamatoria, el organismo trata de controlar la hemorragia mediante la vasoconstricción, la formación de un tapón plaquetario y la puesta en marcha de la cascada de coagulación. En la segunda fase, la proliferativa, el tejido empieza a crecer gracias a la migración y proliferación de fibroblastos y la angiogénesis. La última fase, la de maduración, comienza una vez epitelizada la herida y puede durar años⁽⁷⁾.

El objetivo principal del presente artículo fue mostrar el proceso que se ha llevado a cabo, para conseguir una epitelización completa de una lesión tórpida en la espalda, destacando la importancia del seguimiento por parte de enfermería.

DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO:

Antecedentes:

Hombre de 79 años en riesgo de exclusión social con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), diabetes, hipertensión arterial e insuficiencia renal.

Exploración:

El paciente acude a consulta de enfermería consultando por una herida en la espalda de 1 año de evolución (*Imagen 1*).

Se aprecia una úlcera de unos 3 cm de longitud. El lecho de la herida presenta tejido esfacelado en el centro y tejido de epitelización en los bordes. La zona perilesional se caracteriza por presentar tejido cicatricial con mucha vascularización y exudado leve-moderado.

CASO CLÍNICO

Desde la primera vez que consultó por la herida, se han realizado curas con diferentes clases de apósitos: apósitos de fibras hidrodetersivas con plata, de espuma de poliuretano, moduladores de las proteasas, apósitos de alginato, de hidrofibra y de hidrofibra con plata.

En varias ocasiones se consultó con el Servicio de Dermatología a través de teleconsulta (telederma), donde se prescribieron curas con betametasona/gentamicina crema, mupirocina pomada y beclometasona dipropionato crema.

También se han realizado numerosos cultivos de exudado de la herida, aislándose *Pseudomonas aeruginosa* y *Staphylococcus aureus*. Se pautó la antibioterapia oral correspondiente.

Los tratamientos mencionados consiguieron disminuir el diámetro inicial de la herida, pero después de un año no ha epitelizado al 100%, quedándose estancada.



Imagen 1: Aspecto inicial de la lesión. (Fuente: imagen propia).

Plan de cuidados:

Se realiza un plan de cuidados de enfermería utilizando la taxonomía NANDA-I, los objetivos de resultado (NOC) y las intervenciones de enfermería (NIC) (Tabla I).

Tras una evaluación exhaustiva de la herida, de su mecanismo de acción y del tiempo de evolución, se decide realizar un cultivo microbiológico para descartar infección y se aísla *Staphylococcus aureus*. Se pauta antibioterapia oral y se explica al paciente y a la cuidadora la importancia de seguir el plan de cuidados elaborado, así como adoptar las medidas higiénico-sanitarias oportunas. Además, para descartar una posible malignización de la herida por presentar una cicatrización tórpida y prolongada en el tiempo, se realiza dermatoscopia de la herida y se interconsulta de nuevo con el Servicio de Dermatología.

Como tratamiento tópico de la herida, en primer lugar, se realiza higiene de la herida con solución salina fisiológica (SSF). Se protegen los bordes de la humedad con crema a base de óxido de zinc en la zona perilesional y en el lecho se aplica una fina capa de un bálsamo natural con cera de abeja, mimosa tenuiflora, aceite de jojoba, propóleo y aceite de epalina. Estos ingredientes tienen propiedades cicatrizantes, calmantes y antimicrobianas. Se tapa la herida con una compresa de gasa y esparadrapo de papel. Se realizan curas cada 48 horas.

DIAGNÓSTICOS NANDA-I	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC
Deterioro de la integridad cutánea (00046). Deterioro de la integridad cutánea r/c agente abrasivo m/p interrupción de la continuidad de la piel.	1103- Curación de la herida: por segunda intención.	3590- Vigilancia de la piel. 3660- Cuidados de las heridas.
Riesgo de infección (00004). Riesgo de infección r/c interrupción de la continuidad de la piel.	1842- Conocimiento: control de la infección. 1908- Detección del riesgo.	6550- Protección contra las infecciones. 1804- Ayuda con los autocuidados: aseo.

Tabla I: Plan de cuidados de enfermería. (Fuente: imagen propia).

Evolución:

En tan solo 72h, se puede observar una mejoría notable de la herida, cambiando su textura y color. Se ha reducido considerablemente el tejido esfacelado cambiándose por tejido de epitelización. Ha crecido el tejido verticalmente siendo ahora menos profunda (Imagen 2).



Imagen 2: Lesión a las 72h. (Fuente: imagen propia).

Durante el seguimiento, a las 2 semanas de tratamiento, se observa la aparición de dos nuevas lesiones "satelitales" (Imagen 3). La lesión principal se ha reducido 1 cm con respecto a la Imagen 1 y el tejido está completamente limpio.



Imagen 3: Lesión a las 2 semanas. (Fuente: imagen propia).

A las 4 semanas de tratamiento, se destapa la herida y se puede observar una epitelización casi completa de la herida, quedando una costra (Imagen 4).



Imagen 4: Lesión a las 4 semanas. (Fuente: imagen propia).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

Durante 4 semanas ha sido necesaria la actuación multidisciplinar del equipo de atención primaria para promover la curación de la herida. Se evidencia la importancia del seguimiento de las heridas crónicas por una única enfermera para que, de este modo, se valore de manera exhaustiva la evolución de la misma.

En este caso particular, son muchos los tratamientos tópicos que se han aplicado previamente, no siendo efectivos. Es por ello que el bálsamo cicatrizante ha sido la base del tratamiento para favorecer la curación de la herida.

En la literatura también se recogen otros tratamientos efectivos para la cicatrización de úlceras tórpidas⁽⁸⁻¹⁰⁾.

En todo caso, dada la relevancia del rol de la enfermera en el seguimiento de heridas en general y de úlceras crónicas en particular, es fundamental establecer protocolos y actualizar los conocimientos de manera regular por parte de los especialistas en este ámbito.

La confianza y la relación entre el paciente y la enfermera son esenciales para identificar rápidamente estas afecciones cutáneas, lo que permite abordarlas de inmediato y prevenir diagnósticos tardíos. Esto se complica en un modelo de trabajo “por tareas”, donde el paciente es atendido por diferentes profesionales cada vez que visita el centro de salud, lo que dificulta un seguimiento efectivo de las heridas crónicas.

CONFLICTOS DE INTERESES:

Las autoras declara no tener conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Lazarus G, Valle MF, Malas M, Qazi U, Maruthur NM, Doggett D, et al. Chronic venous leg ulcer treatment: future research needs. *Wound Rep Reg.* 2014; 22(1): 34-42.
2. Formentini M, Fernandes LP. Factors that influence healing of chronic venous leg ulcers: a retrospective cohort. *An Bras Dermatol.* 2014; 89(3): 414-422.
3. Cacicedo R, Castañeda C, Cossío F, Delgado A, Fernández B, Gómez MV, et al. Manual de prevención y cuidados locales de heridas crónicas. Santander: Servicio Cántabro de Salud; 2011. P. 9-50.
4. O'Meara S, Cullum N, Majid M, Sheldon T. Systematic reviews of wound care management: antimicrobial agents for chronic wounds; diabetic food ulceration. *Health Technol Assess.* 2000; 4(21):1-237.
5. Situm M, Kolic M. Definicija i podjela atipicnih rana. *Acta Med Croatica.* 2012; 66(1): 5-11.
6. Munter K, Maume S, Augustin M, Senet P, Kérihuel J. The reality of routine practice: a pooled data analysis on chronic wounds treated with TLC-NOSF wound dressings. *J Wound Care.* 2017;(2).
7. Lucha Fernández V, Muñoz Mañez V, Fornes Pujalte B, García-Garcerá M. La cicatrización de las heridas. *Enferm Dermatol.* 2008; 2(3): 8-15.
8. Palomar-Llatas F, Serra-Guillen I, Pastor-Orduña MI, Palomar-Albert D. Cuidados de una úlcera por presión en maléolo externo de evolución tórpida. *Enferm Dermatol.* 2022; 16(47): e01-e04. DOI: 10.5281/zenodo.7568778.
9. Ruiz-Gramuntell MD, Rubio-Sesé I. Proceso de curación de una úlcera crónica compleja en un paciente con pie diabético. *Enferm Dermatol.* 2020; 14(40): e01-e05. DOI: 10.5281/zenodo.4011227.
10. Conde Quintero M, Quintero Velo MJ, Vivas Pérez A, Figueiras Feijoo P. Uso del láser infrarrojo para la cicatrización de heridas de evolución tórpida. *Enferm Dermatol.* 2010; 4(10): 22-26.