

MANEJO AVANZADO DE COLGAJO DEHISCENTE, LIDERADO POR COMITÉ DE HERIDAS INSTITUCIONAL

AUTORA

Julia Retamal Soruco

Enfermera, Asociación Chilena de Seguridad (ACHS), Hospital del Trabajador, Santiago, Chile.

Correspondencia a: jeretamals@achs.cl



La valoración del cuidado de una herida representa uno de los aspectos que requiere por parte del profesional una mayor precisión, un nivel más alto de detalle y una sólida base de conocimientos para enfocar adecuadamente el tratamiento¹.

Así podremos proporcionar a los usuarios del sistema de salud, cuidados de calidad basados en la mejor evidencia disponible y lograremos una mayor satisfacción de los mismos al mejorar o resolver su problema².

En el caso presente se realiza el manejo avanzado de una herida post dehiscencia de un colgajo. Un colgajo se define como un bloque vascularizado de tejido que se moviliza a partir de un sitio donador y se transfiere a otra ubicación, adyacente o distante, con fines de reconstrucción³. Como todo procedimiento quirúrgico, la cirugía de los colgajos no está exenta de complicaciones, entre ellas, la dehiscencia⁴. La tasa de viabilidad de los colgajos según diversos estudios fluctúa entre 93,1% y 95,2%⁵.

En el Hospital del Trabajador contamos con un Comité de Heridas que está compuesto por 15 enfermeros entrenados en manejo avanzado de heridas; su misión es estandarizar el manejo de heridas y úlceras en la Institución, así como también ser un referente para los casos de heridas crónicas y de evolución compleja, orientando el tratamiento más óptimo a seguir y transmitiendo esta información a profesionales de

enfermería de los diferentes servicios, además de realizar un seguimiento sistemático de la evolución de las lesiones, realizando ajustes o cambios en el tratamiento si así se requiere. Para solicitar su apoyo en casos clínicos dentro del hospital, se debe enviar una solicitud a través del correo electrónico; una vez aceptado el caso (debido a la alta demanda deben seleccionar los casos más complejos) realizan el protocolo de curación (apoyados de ser necesario por el equipo de cirugía plástica), el Comité de Heridas realiza visitas semanales a cada paciente hasta su alta, registrando sus visitas en la ficha clínica del paciente.

Palabras clave: Dehiscencia, colgajo, estrategias de salud, Comité de Heridas.

Propósito: Mostrar el manejo avanzado de una dehiscencia de colgajo liderado por el comité de heridas de la institución.

Fuente de financiamiento: Los costos asociados al manejo de este caso clínico fueron subsidiados por la mutualidad a la cual pertenece (ACHS).

Declaración de conflictos de interés: La autora declara no tener conflictos de interés.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado: La autora ha obtenido el consentimiento informado del paciente referido a este caso clínico, el que se encuentra en su poder.

METODOLOGÍA

Paciente femenina de 66 años de edad, pensionada por accidente laboral ocurrido en 1993, con diagnóstico de Paraplejía Completa nivel neurológico T6.

El día 05/06/2021 acude a su mutualidad por lesión por presión en región isquiática derecha, se realiza valoración encontrando pérdida de la epidermis, superficial, de 2 cm de diámetro, cir-

cunferencial, piel circundante descamada, con calor local.

El TAC de pelvis evidencia colección subcutánea en la región glútea e isquiática derecha que mide 10 cm de eje mayor x 3,3 cm de espesor. Se ingresa para aseo quirúrgico y escarectomía.

Durante su larga hospitalización se realizan múltiples aseos quirúrgicos y colgajos cutáneos de avance para su cobertura; sin embargo, evoluciona de forma tórpida, con colgajos dehiscentes de forma repetitiva, por lo que se realiza reunión multidisciplinaria para decidir pronóstico y plan de paciente. En dicha reunión se declara fuera del alcance quirúrgico considerando 5 meses de hospitalización y 35 pabellones efectuados, sin lograr el cierre, por lo que se plantean curaciones avanzadas por enfermería.

Ingresa a Comité de Heridas del Hospital del Trabajador el día 06/11/2021, se aplica diagrama de valoración según: Valoración de Carga Bacteriana, Heridas y Úlceras (VACAB), encontrando una herida con exudado turbio, 50% de tejido esfacelado y 50% de tejido granuloso, bordes eritematosos, clasificándose en Infección, Fotografía 1, clasificación general Tipo III, además presentaba exudado abundante, de mal olor, con cavidad de 12 cm. hacia borde su-



perior derecho y 7 cm borde inferior derecho hacia anterior, edema+.

Se realiza la presentación del caso clínico al Comité de Heridas Institucional, una vez aceptado se siguen las indicaciones otorgadas por el Comité: frecuencia de curaciones diarias, se realiza limpieza de piel perilesional con jabón de clorhexidina al 2%, una vez por semana, el resto de los días con jabón de glicerina; sobre la lesión: irrigación con solución de Polihexanida con Betaína, la cual se deja por 15 minutos, luego desbridamiento de tejido esfacelado con pinzas quirúrgicas y bisturí, se protege la piel perilesional con protector cutáneo de polímero de acrilato y silicona, se cubre con espuma poliuretano con plata iónica como apósito primario, luego con apósito tradicional como secundario, para finalmente fijar con cinta de gasa no tejida de poliéster, elástica y adhesiva. Se educa a paciente y al personal clínico sobre cambios de posición, uso de SEMP dinámico, no mojar apósitos, no cargar isquion derecho, se deja este protocolo de curación con el fin de estandarizar procedimiento por todos los enfermeros que atienden a la paciente, además se realiza seguimiento por parte del equipo de nutrición, con aporte de suplementos proteicos y vitamínicos según su diagnóstico, controlando cada 20 días con exámenes de laboratorio.

Luego de un par de semanas de curaciones avanzadas, el Comité de Heridas evalúa avance: se encuentra herida visiblemente más limpia, exudado moderado, turbio, tejido granulatorio en un 80%, el 20% restante mantiene esfacelo, VACAB en colonización crítica, siguen cavidades en mismas condiciones, por lo que se mantienen indicaciones iniciales de limpieza de piel y herida, pero se agrega Polihexanida con Betaína en gel en cavidades e insertando con ayuda de pinza

quirúrgica apósito antimicrobiano con Cloruro de Diaquilcarbamoil(DACC), como apósito secundario se aplica apósito tradicional y fijación con transparente adhesivo, por la localización anatómica de la úlcera, evitando que se contaminara con desechos de eliminación. Frecuencia de curación cada 3 días.

RESULTADOS

El día 10 de marzo de 2022, luego de 4 meses de tratamiento exclusivo con curaciones avanzadas, aproximadamente 40 curaciones, es evaluada por equipo de cirugía plástica, se observa una úlcera cicatrizada en un 85%, de aproximadamente 8 cm. de largo por 5 cm. en su parte más ancha, 100% de tejido granulatorio, VACAB en colonización baja, sin cavitaciones, exudado seroso muy escaso, piel circundante sana, clasificación general Tipo II, evolucionando favorablemente por lo que se decide alta hospitalaria con el compromiso de continuar curaciones avanzadas por parte del equipo de enfermería del mismo Comité. Se realiza plan de curación, con aseo con limpieza de piel y úlcera con solución fisiológico al 0,9%, cubriendo con tul de silicona y apósito pasivo y fijación con apósito transparente, con frecuencia de curación cada 3 días, Fotografía 2.



Para el día 5 de junio 2022, continuamos en seguimiento con la paciente donde observamos el cierre completo de la úlcera, Fotografía 3.

DISCUSIÓN

Las lesiones por presión/úlceras por presión son frecuentes en determinado grupo de pacientes



con condiciones predisponentes y pueden necesitar tratamiento quirúrgico complejo como los colgajos, como ocurrió en el caso expuesto, que conlleva una elevada incidencia de complicaciones postoperatorias; sin embargo se debe considerar que se puede lograr el éxito a través del manejo con curaciones avanzadas lideradas por un comité especializado en heridas, unificando criterios y tratamiento de la lesión bajo una evaluación y seguimiento constante por el equipo de enfermeras entrenadas, sumado al apoyo del equipo de salud, logrando así cicatrización completa de la herida y úlcera, con el consiguiente retorno de la paciente a su hogar luego de meses de hospitalización, superando expectativas médicas y propias de la paciente.

REFERENCIAS

1. Aedo V, Parada T, Alcayaga C, rubio M. Registro electrónico de enfermería en la valoración de las heridas. *Enfermería Global* [Internet]. 2012 uct;386-95. Disponible en : <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n28/revision5.pdf>
2. Loureiro M, Rosenado J, Anton M, Bello A, Esperon J, Fiel L, et al. Impacto de un proyecto de enfermería en el cuidado de las heridas crónicas. *Gest y Eval Cost Sanit* [Internet]. 2014;15(3):265-83. Disponible en: <https://www.fundacionsigno.com/archivos/publicaciones/06.pdf>
3. Aymerich Bolaños O. Generalidades de colgajos y su importancia en la relación con la reparación del daño corporal. *Med. leg. Costa Rica* [Internet]. 2014 Mar [cited 2023 Sep 22]; 31(1): 49-56. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152014000100005&lng=en
4. Castillo P. Colgajos musculares y musculocutáneos. *Conceptos generales Cuadernos de Cirugía*, Vol. 17 N° 1, 2003, pp. 71-74. Disponible en: <http://revistas.uach.cl/html/cuadcir/v17n1/body/art12.htm>
5. Zúñiga-Garza E, Cruz-Reyes S, Flores-Álvarez E. Factores pronósticos asociados a fracaso de colgajos. *Cir Plast*. 2020;30(3):144-148. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=98338>

Prontosan®

Solución de limpieza y descontaminación de heridas



Solo una herida limpia cicatrizará más rápido.

Acción de BETAÍNA, efecto tenso-activo contra el biofilm.

+ PHMB efecto antimicrobiano.

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

Contáctanos:
infoheridas.cl@bbraun.com
<https://www.bbraun.cl/>