

IMPORTANCIA DE LA COMPENSACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PROCESO DE CICATRIZACIÓN

EN PACIENTE CON ÚLCERA VENOSA MIXTA

AUTORA

Natalie Rosas

Enfermera, Fundación Instituto Nacional de Heridas, Santiago de Chile

Correspondencia a: nrosas@inheridas.cl



a úlcera venosa de los miembros inferiores es una patología frecuente. Los costos que genera en términos de deterioro de calidad de vida, pérdida de capacidad laboral e insumo de recursos médicos, son muy altos¹.

Su etiología y fisiopatología están íntimamente relacionadas con la hipertensión venosa, responsable de desencadenar profundas alteraciones en la microcirculación que conducen finalmente a las lesiones tróficas graves de la piel y el tejido celular subcutáneo².

El tratamiento de la úlcera venosa ha sido dirigida a tratar la hipertensión venosa y el daño tisular. La cicatrización vinculada al éxito de estas premisas, está amenazada por la descompensación de algunas patologías que influyen negativamente en los procesos de cicatrización como la Hipertensión Arterial (HTA), Diabetes Mellitus, Insuficiencia Renal Crónica, Enfermedad del Colágeno, entre las más importantes³.

El siguiente caso demuestra la importancia de la pesquisa, compensación de patología de base (HTA) y cómo ésta influye en el tiempo de cicatrización en una úlcera venosa mixta.

Palabras claves: Úlcera venosa, hipertensión arterial, cicatrización

Propósito: Demostrar la importancia de la compensación de la hipertensión arterial en la cicatrización de una úlcera venosa mixta.

Fuente de financiamiento: Financiado por el paciente.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado: Autora obtiene consentimiento informado del paciente referido al caso clínico.

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

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente de sexo masculino de 71 años de edad, sedentario, pasa sentado largas horas, ingresa a Fundación Instituto Nacional de Heridas el 12 de julio 2021, con diagnóstico de insuficiencia venosa, sin comorbilidades, destaca presión arterial al ingreso de 190/140 mmHg, asintomático, glicemia capilar normal de 98mg/dl, se solicita batería de exámenes (hemograma, perfil bioquímico, creatinemia, albuminemia, se deriva a CESFAM para EMPAM, seguimiento y confirmación diagnóstica de HTA.

Al ingreso presenta una úlcera venosa mixta, Tipo 3, localizada en zona supra maleolar interna de la pierna izquierda, de un mes de evolución, mide 4 cm x 6.5 cm, con 90% de tejido esfacelado y 10% de tejido necrótico, exudado escaso turbio a purulento, piel eritematosa, con calor local, con dolor EVA 8/10, pulso tibial posterior presente débil, piel tibial. A la Valoración de Carga Bacteriana (VACAB) está infectado, presenta edema ++ de la extremidad afectada, **Fotografía 1.**

Plan de acción: Control de presión arterial, solicitud de exámenes bioquímicos, derivación a médico cardiovascular quien indica un Holter de presión arterial, educación sobre ejercicios



que estimulen la bomba muscular, que descansen cada 1 hora por 15 minutos, Vitamina C 500 mg al día para ayudar a la formación de leucocitos, curación avanzada a diario mientras esté infectado. El paciente se encuentra tomando tratamiento antibiótico de Cotrimoxazol Forte 1 comprimido cada 12 horas por 10 días, en su sexto día de tratamiento, el que debe continuar hasta el decimo día.

Manejo Local: La curación avanzada se realizará limpiando la piel con Espuma limpiadora (EL), aplicación de Polihexanida con Betaína (PB) en la úlcera, la cual se dejará actuar con una gasa no tejida por 10 minutos, semanalmente se irá alternando con Ácido Hipocloroso, se desbrida, pero con mucha dificultad por el dolor que presenta el paciente, se protege piel con protector cutáneo y se aplica apósito de plata iónica; comienza con compresión con Bota de Unna y curación a diario.

Con todas las intervenciones mencionadas, el paciente sale de la infección y pasa a colonización crítica, pero debido a su intenso dolor, no se logra desbridar el tejido esfacelado y necrótico, a pesar de la ingesta analgésica y comienza a cavitarse con bolsillo de 1 centímetro en área inferior de la úlcera. Se decide utilizar apósito de Ringer con PHMB y Polihexanida con Betaína en gel

como apósitos primarios en dos curaciones consecutivas, con los cuales se logra extracción de placa necrótica de manera atraumática, dejando lecho de úlcera solo con tejido esfacelado. Posteriormente se continúa con Diakil Carbamoil (DACC), sobre éste se hidrata con tull de silicona dado el exudado escaso que presentaba el paciente; con respecto a los limpiadores de piel y úlcera se continúa con la EL y el PB y la piel se hidrata con urea de piel al 10%, se mantienen los mismos productos durante todo el período de curación avanzada, las que se realizaron dos veces por semana, **Fotografía 2**. Se comienza con el uso de calceta compresiva de 20mmHg (baja compresión) por no presentar edema, no se logra aumentar la compresión porque el paciente no lo tolera, persistiendo con dolor Eva 6/10, presión arterial alta y con licencia médica; si bien su úlcera está más limpia, continúa en la fase inflamatoria en Colonización Crítica, sin disminuir de tamaño.

El 17 de agosto 2021 asiste a Centro de Salud a atención con médico cardiovascular, comenzando con tratamiento para la HTA con Enalapril 10 mg 1 comprimido en la mañana y suplemento con vitamina D. Al descartar daño renal se indica 4 claras de huevo cocidas en su dieta diaria.

El 23 de agosto inicia calceta compresiva de 40mmHg (alta compresión), por no presentar dolor y se continúan las curaciones avanzadas de la forma mencionada, pero con resultados muy positivos e incorporándose a su trabajo. Presenta epitelización de su úlcera la última semana de septiembre; sin embargo, no se decide alta hasta semana 6/10/2021, para evaluar con certeza tejido epitelizado, **Fotografía 3**.



RESULTADO

Después de tratar la HTA el paciente presentó una aceleración en el proceso de cicatrización, permitiendo que se incorporara a trabajar con su úlcera activa, la que después de comenzar el tratamiento antihipertensivo cicatrizó en un mes y 15 días.

DISCUSIÓN

Es importante destacar que pese a que el equipo de enfermería siguió todos los protocolos de tratamiento local de úlcera venosa mixta, el proceso de cicatrización estaba estancado y solo se activó una vez que el paciente compensó su HTA, patología que influye negativamente en la cicatrización al estar descompensada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Salas C, (2010). Manejo actual de la úlcera venosa. Revista Chilena de heridas y ostomías. 2(1),31-37.
2. Nettel Francisco, Rodríguez N, Nigro Gonzáles M, et al. (2013). Primer consenso latinoamericano de úlceras venosas. Revista Mexicana de angiología. 41(3), 95-106.
3. Aburto I, Salas C, Morgado P. (2018). Tratamiento integral avanzado de la úlcera venosa. Serie guías clínicas FINH.

TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA, UN ALIADO EN EL TRATAMIENTO DE ÚLCERA POR QUISTE PILONIDAL

AUTORA

Lorena Rosales G.

Enfermera, Fundación Instituto Nacional de Heridas, Santiago, Chile.

Correspondencia a: lorenacrg@hotmail.com.

*E*l Quiste o la enfermedad pilonidal fue descrita inicialmente por el Dr. O. H. Mayo en 1833; se considera una enfermedad adquirida ya que se produce cuando un vello perianal perfora la piel, introduciéndose y produciendo una reacción inflamatoria, un granuloma, pudiendo llegar a producir un absceso. Habitualmente dentro del quiste no se encuentra el saco piloso y suele haber un nido de pelos. La tasa de incidencia es de 26/100.000 habitantes. Factores de riesgo: ser hombre, tener antecedentes familiares, sobrepeso u obesidad, hirsutismo, irritación o trauma, malos hábitos higiénicos, sedentarismo¹. Habitualmente el tratamiento es quirúrgico existiendo una variedad de técnicas y no habiendo consenso de cuál es la mejor opción para una pronta recuperación del paciente.

La terapia de presión negativa ampliamente conocida en su uso en múltiples tipos de heridas y úlceras, sobre todo las que están cavitadas, con exudado abundante, con edema, o infectadas, acelera el crecimiento de tejido en las cavidades debido a que se activa la angiogénesis y la división celular², ayudando a acelerar el proceso de cicatrización en las primeras dos semanas de uso³.

Palabras claves: Quiste pilonidal, Terapia de presión negativa.

Fuente de financiamiento: Financiado por paciente y Empresa LBF.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado: Autora obtiene consentimiento informado del paciente referido al caso clínico.

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

Propósito: Evaluar la aplicación de presión negativa como alternativa de tratamiento en quiste pilonidal, para acelerar el proceso de recuperación y proporcionar mayor comodidad al paciente mientras dura el tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente de 16 años, masculino, sin antecedentes mórbidos, peso 90 kg, talla 1,75m, IMC=30,7. Ingresa 5/6/2019, con herida operatoria en zona sacra, **Fotografía 1**, por quiste pilonidal de 20 días de evolución, con colonización crítica, lecho 90% granulatorio y 10% de tejido esfacelado, de 4,5 x 3 cm de extensión, con 3,5 cm de profundidad. La lesión está a 3 cm del ano. Tiene exudado moderado, piel circundante sin eritema y es muy hirsuto, refiere EVA 5. El paciente viaja a Europa en 3 semanas, por lo que requiere estar en condiciones para su viaje lo más pronto posible.

Al ingreso se realiza curación avanzada limpiando piel con espuma limpiadora y se corta el vello de piel perilesional. Se deja polihexanida con

betaína en el lecho de la herida para bajar carga bacteriana, se realiza desbridamiento quirúrgico, se aplica protector cutáneo, luego se cubre con bacteriostático, Diaquilcarbamil(DACC) y carboximetilcelulosa como absorbente, apósito tradicional especial y transparente adhesivo en pliegue interglúteo.

En las siguientes curaciones se inicia terapia de cierre al vacío (10/6/19), usando Gel patch en los bordes para lograr cierre hermético en la zona perianal. Se programa con presión -120 mmHg, en modalidad continua. Se realizan las curaciones 3 veces por semana, reinstalando el sistema de cierre al vacío.

El 14/6/19 se realiza una nueva medición de la lesión, obteniendo una medida de 2x2,5 cm y 1,8 cm profundidad.

El 21/6/19 se suspende cierre al vacío, teniendo una lesión pequeña, de 1x0,8cm, sin profundidad, **Fotografía 2**.

El paciente fue de vacaciones por 3 semanas. En ese tiempo se hizo curaciones avanzadas con bacteriostático, espuma hidrofílica y transparente adhesivo. Vuelve con úlcera de 0,3x0,3 cm.

Continúa con curación semanal, hasta finalmente cicatrizar el 25/7/19, **Fotografía 3**.





Indicaciones al alta: acceder a depilación láser para prevenir futuros cuadros de la enfermedad.

RESULTADOS

El tratamiento duró 50 días hasta su cicatrización. Se realizó 12 curaciones en la Fundación

Instituto Nacional de Heridas y 10 durante el viaje.

Al momento de cicatrizar tiene piel absolutamente indemne. Por sus características de edad, peso corporal y clínica, tiene alto riesgo de desarrollar cicatriz hipertrófica, por lo que se deriva a kinesióloga especialista en cicatrices patológicas para evaluación y tratamiento.

DISCUSIÓN

El uso de terapia de presión negativa influyó positivamente en acelerar la velocidad de cierre de la úlcera, llegando a disminuir considerablemente su tamaño tal como ha sido descrito en la literatura.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alexander T. Nixon 1, Robert F. Garza 2. Pilonidal Cyst And Sinus. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan. 2020 Aug 10. Affiliations expand PMID: 32491702 NBK557770. Free Books & Documents
2. Chenyu Huang MD, PhD Tripp Leavitt BA, BS, Lauren R. Bayer PA-C Dennis P. Orgill MD, PhD. Effect of negative pressure wound therapy on wound healing. Current Problems in Surgery. Volume 51, Issue 7, July 2014, Pages 301-331. Available online 26 April 2014. <https://doi.org/10.1067/j.cpsurg.2014.04.001>
3. L Ulas Biter 1, Guyon M N Beck, Guido H H Mannaerts, Myrte M Stok, Arie C van der Ham, Brechtje A Grotenhuis. The use of negative-pressure wound therapy in pilonidal sinus disease: a randomized controlled trial comparing negative-pressure wound therapy versus standard open wound care after surgical excision. Diseases of the Colon & Rectum: December 2014 - Volume 57 - Issue 12 - p 1406-1411 doi: 10.1097/DCR.0000000000000240