

Compendium de casos clínicos

Úlcera por presión y dermatitis asociada a incontinencia

Fotografías y descripción de caso clínico amablemente proporcionado por el Prof. Dr. Paulo Alves, Profesor Auxiliar de la Universidad Católica Portuguesa/Porto. Presidente APTF, Miembro de EPUAP, EWMA y SILAHUE

Historia clínica del paciente y herida

Varón de 73 años, con antecedente personal de ictus reciente, totalmente dependiente de AVD, dislipidemia, hipertensión arterial e insuficiencia cardíaca.

Presenta una úlcera por presión que aparece tras una dermatitis asociada a incontinencia, con unos 17 días de evolución. Lesiones gemelas circulares en ambos glúteos, 100% granuladas y muy sangrantes.

El tratamiento comienza el 4 de febrero definiendo el protocolo de tratamiento:

- Limpieza con Granudacyn® en riego a alta presión, con el fin de reducir la carga microbiológica naturalmente presente en estas lesiones.
- Aplicación de Exufiber® como apósito primario y Mepilex® Border Sacrum como apósito secundario, con el objetivo de optimizar el manejo del exudado y la posibilidad de espaciar los tratamientos y prevenir su agravamiento.

Evolución

Pasados 8 días, y tras una reducción considerable del exudado, se decide suspender el uso de Exufiber y solo se mantiene tratamiento con Mepilex Border Sacrum, para proporcionar al paciente el mejor tratamiento y evitando su agravamiento con el manejo de factores extrínsecos reconocidos en las úlceras por presión.

14 días después del inicio del tratamiento, es posible espaciar el tratamiento a cada 6 a 7 días.

La evolución es muy favorable, consiguiendo una curación total al cabo de unos 30 días, sin complicaciones en su transcurso.

Resultados

Dada la complejidad del paciente y la dificultad de acceso debido a la pandemia de COVID-19, la selección de materiales, en forma de apósitos que permitan a los profesionales sanitarios espaciar los tratamientos y garantizar un rendimiento óptimo, es fundamental.

Conociendo la etiología de las úlceras por presión, también es fundamental seleccionar materiales que puedan responder a las necesidades de las lesiones, evitando su agravamiento, interviniendo directamente en los factores externos que conducen a su aparición.



Día 0: Inicio del tratamiento



Día 14: Reducción significativa de la zona lesionada, sin maceración, infección u otras complicaciones



Día 30: Curación completa de la lesión y mejora del estado de la piel

Úlcera por presión y dermatitis asociada a incontinencia

Fotografías y descripción de caso clínico amablemente proporcionado por el Prof. Dr. Paulo Alves, Profesor Auxiliar de la Universidad Católica Portuguesa/Porto. Presidente APTF, Miembro de EPUAP, EWMA y SILAHUE

Historia clínica del paciente y herida

Varón de 69 años con antecedentes personales de ictus, hemiparesia, dislipidemia, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca e infarto agudo de miocardio, antecedentes de diarrea exuberante e incontinencia fecal.

Presenta una úlcera por presión de categoría IV que aparece tras una dermatitis asociada a incontinencia, con varios meses de evolución. Lesión de unos 4 cm de profundidad y 10 cm de diámetro, con un 50% de tejido desvitalizado y un 50% de granulación, con exposición de huesos y tendones. Piel perilesional con eritema exuberante, aparentemente por contacto / mal manejo del exudado. A su llegada a la unidad, se mencionó que se estaba realizando una cura diaria y a veces dos curas por día, realizadas con limpieza con PHMB, hidrofibras como apósito primario y compresas.

Después de la evaluación inicial, el protocolo de tratamiento se definió como:

- Limpieza con Granudacyn® en irrigación a alta presión, con el fin de reducir la carga microbiológica, favorecer el desbridamiento y eritema de la piel perilesional.
- Aplicación de Exufiber® como apósito primario y Mepilex® Border Sacrum como apósito secundario, con el objetivo de optimizar el manejo del exudado y la posibilidad de espaciar los tratamientos y prevenir su agravamiento. El tratamiento se pudo espaciar de 2 a 3 días, siendo necesario realizarlo antes si habían episodios diarreicos.

Evolución

A los dos días hubo una evolución significativa de la lesión: El eritema mostró una mejoría sustancial y el paciente, que en el primer tratamiento se quejaba mucho, se encontraba mucho más cómodo con este nuevo protocolo de curas.

Después de 4 días, ya era visible una reducción en la cantidad de tejido no viable, el eritema perilesional había remitido casi por completo y el paciente estaba cómodo durante el tratamiento. Fue posible mantener los apósitos en su lugar y manejar el exudado correctamente.

En este punto, el paciente es dado de alta y se suspende su seguimiento.

Resultados

- El uso de las soluciones de Mölnlycke® permitió optimizar el manejo del exudado, evitó la fuga del exudado y la consiguiente maceración, y mejoró el dolor del paciente durante el tratamiento de la lesión.
- Reconociendo la limpieza como un paso fundamental en la preparación del lecho de la herida, Granudacyn permitió una limpieza efectiva de la herida, no solo al reducir la carga biológica sino también al controlar la inflamación en la piel perilesional.
- El uso de Exufiber como apósito primario, permitió la absorción y retención del exudado, así como su transferencia al apósito secundario, evitando la acumulación de este en el lecho de la herida. Además, el hecho de que se pueda retirar en una sola pieza, sin dejar residuos en el lecho de la herida, permite optimizar la cicatrización. La selección de Mepilex Border Sacrum como apósito secundario, garantiza "recibir" y retener el exudado de Exufiber, al tiempo que permite un perfecto sellado de los bordes de la herida, evitando fugas y maceraciones, protegiendo y tratando la piel perilesional.
- La elección de estas soluciones permitió mejorar el dolor y la comodidad del paciente, espaciar los tratamientos y mejorar las condiciones del lecho de la herida en un período de tiempo muy corto, además de continuar evitando los factores extrínsecos propios de las úlceras por presión, mientras se está tratando la herida, con Mepilex Border Sacrum.
- Conociendo la etiología de las úlceras por presión, también es fundamental seleccionar materiales que puedan responder a las necesidades de las lesiones, evitando su agravamiento, interviniendo directamente en los factores externos que conducen a su aparición.



Día 0: Inicio del tratamiento



Día 2: Mejora sustancial de la piel perilesional, con reducción del eritema y limpieza del lecho de la herida



Aplicación de Mepilex Border Sacrum



Día 4: No hay signos de eritema en la piel perilesional. El paciente es dado de alta y se va a otra institución

Úlcera por presión y dermatitis asociada a incontinencia

Fotografías y descripción de caso clínico amablemente proporcionado por el Prof. Dr. Paulo Alves, Profesor Auxiliar de la Universidad Católica Portuguesa/Porto. Presidente APTF, Miembro de EPUAP, EWMA y SILAHUE

Historia clínica del paciente y herida

Mujer de 82 años con antecedente personal de ictus desde hace un año, dislipidemia, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II.

Presenta una úlcera por presión de categoría II que aparece tras una dermatitis asociada a incontinencia, de nueve meses de evolución, y detenida en su proceso de cicatrización en la zona de la UPP anterior.

Tras la evaluación inicial, el protocolo de tratamiento se definió como:

- Limpieza en irrigación con Granudacyn® y aplicación de Mepilex® Border Flex para manejo optimizado del exudado y prevención del agravamiento de la lesión. Dadas las características de la lesión, la adaptabilidad del apósito se convierte en un punto fundamental, ya que requería una gran flexibilidad y máxima permanencia, con posibilidad de espaciar los tratamientos. Dada la etiología, la selección de Mepilex Border Flex fue fundamental para evitar que la lesión empeorara. Debido a la incontinencia de esfínteres y la consecuente dificultad para controlar los efluentes, se decidió aplicar el apósito cada tres días.

Evolución

En la primera evaluación, la lesión presenta tejido de granulación oscurecido inviable y algo de tejido desvitalizado, con una reducción de alrededor del 20% de su área en tan solo 3 días, con una mejora sustancial de los tejidos presentes.

Después de 1 mes de tratamiento, la lesión tiene 100% de tejido viable y una reducción del 60% en su área. Dado que los bordes estaban evertidos, el contacto del apósito con el lecho de la herida fue muy difícil, lo que terminó retrasando ligeramente el proceso de cicatrización. Aun así, la lesión, de 9 meses de evolución, y que fue sometida a varios tratamientos locales sin éxito, acabo cicatrizando por completo a los dos meses, incluso con estas dificultades.

Resultados

- Mepilex Border Flex se presenta como un apósito ideal para zonas de difícil abordaje anatómico, lo que permitió la evolución óptima de cierre en esta paciente.
- En solo 2 meses pudo cerrarse una herida que llevaba 9 meses de tratamiento con múltiples apósitos sin éxito.
- El uso de apósitos que puedan adaptarse a la zona anatómica, sin perder su funcionalidad aun en zonas difíciles, y promoviendo un cierre efectivo de las lesiones, se plantea como la opción terapéutica de elección para este tipo de heridas.



Día 0: Inicio del tratamiento con Granudacyn y Mepilex Border Flex. Lesión con 9 meses de evolución.



Día 30: Mejora significativa del lecho de la herida, tejido de granulación al 100%. Aunque visualmente pueda parecer más grande, se ha conseguido mitigar el efecto de los bordes evertidos



Aplicación de Mepilex Border Flex



Día 45: Mejoría muy significativa de la lesión, reducción de alrededor del 90% de su área



Día 60: Cierre completo de la lesión

Úlcera por presión en el trocánter

Fotografías y descripción de caso clínico amablemente proporcionado por el Prof. Dr. Paulo Alves, Profesor Auxiliar de la Universidad Católica Portuguesa/Porto. Presidente APTF, Miembro de EPUAP, EWMA y SILAHUE

Historia clínica del paciente y herida

Mujer de 79 años, con antecedentes personales conocidos de síndrome demencial y erisipela en miembro inferior que motivó la hospitalización de la paciente. Durante la hospitalización desarrolló una úlcera por presión en el trocánter izquierdo, mostrando también un eritema no blanqueable en el trocánter derecho. A pesar de presentar cierto grado de dependencia antes de la hospitalización, regresa a casa totalmente dependiente y con dificultad para iniciar fisioterapia, ya que se estaba produciendo una ola pandémica. Por ese mismo motivo, el acceso de los profesionales del centro de salud fue muy limitado, razón por la cual el cuidador estaba a cargo del tratamiento, según indicación de los profesionales de CS con gasas y compresas de vaselina, con agravamiento progresivo de la lesión.

En este punto, la nieta, médica, decide pedir ayuda especializada, por lo que la evalúan en casa.

En la evaluación inicial, presentó una UPP categoría II, de aproximadamente 3 cm² de diámetro, con 50% de tejido desvitalizado y 50% de necrosis seca. El paciente tuvo gran dificultad para acostarse contralateralmente, lo que dificultó aliviar la presión necesaria. Presentaba piel perilesional con eritema inalterable y con algunas lesiones por adhesivos, sospechando en una de las zonas circundantes la posibilidad de una lesión de tejido profundo que desarrollaría otra lesión, que se acabará después por presentar. La familia fue informada de inmediato.

La limpieza se realizó con Granudacyn[®], Granudacyn gel y Mepilex[®] Border Flex como apósito secundario con el objetivo de manejar el exudado y reducir el impacto de las fuerzas de presión y cizallamiento. También se definió un plan de rehabilitación para el paciente, siendo incentivada a posicionarse en una silla de ruedas, tratando de aumentar los períodos de alivio de presión que, por el contexto del paciente, no siempre fue posible cumplir.

Evolución

A los 2 días aparece la segunda lesión superficial, mostrando 0,5 cm de diámetro y tejido desvitalizado al 100%. Se informó nuevamente a la familia que era posible un aumento de la lesión, dada la lesión ya instalada a nivel de los tejidos profundos. A pesar de todo, se mejoró la piel perilesional y las lesiones apenas presentaban tejido desvitalizado.

Después de 10 días, se decide añadir Exufiber[®] al tratamiento. La opción de incluir un apósito primario es con el objetivo de poder espaciar los tratamientos, dada la complejidad de los tiempos de pandemia que se vivieron. El tratamiento se cambia de cada 2 a 3 días a 6 a 7 días.

El día 25 se mejoran ambas lesiones. La lesión 1 tiene ahora un diámetro de 2 cm, 60% de tejido desvitalizado y 40% de granulación. La lesión 2 es más pequeña. Aún persiste turgencia a la palpación y eritema inalterable en la piel perilesional, por no adherencia a las medidas de alivio de presión.

Tras 40 días de tratamiento, ambas lesiones están completamente epitelizadas. A pesar de ello, y dada la fragilidad de la piel, se decide mantener la protección con Mepilex Border Flex durante otros 10 días, con el fin de proteger el tejido recién formado y reducir el impacto de las fuerzas externas que provocan las UPP.

El día 50, en la última evaluación de la paciente, la piel está perfectamente regenerada, sin ningún signo de eritema.

Resultados

- La selección en la fase inicial de un gel ayudó al desbridamiento y mantenimiento de un ambiente húmedo, en una lesión que se presentaba deshidratada en la fase inicial.
- El uso posterior de la combinación de Exufiber y Mepilex Border Flex permitió el espaciamiento de los tratamientos, el seguimiento del exudado (que permitió a la enfermera evaluar la necesidad de realización de cambio de apósito), el manejo del exudado y el control de la carga microbiana en de forma eficaz, sin presentarse complicaciones durante el tratamiento y habiendo demostrado ser eficaz en la reducción del impacto de los factores extrínsecos que conducen a la aparición de úlceras por presión.



Inicio, UPP categoría II, tratamiento previo con gasa y compresa de vaselina



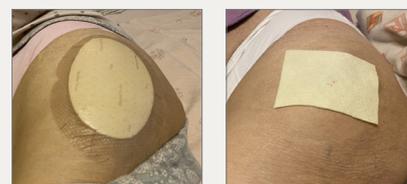
Día 23: Mejoría de ambas lesiones



Día 40: Epitelización completa de la lesión



Día 50: Herida completamente cicatrizada, sin ningún signo de eritema no blanqueable



Izquierda: Aplicación de Mepilex Border Flex
Derecha: Aplicación de Exufiber

Úlcera por presión en el calcáneo

Fotografías y descripción de caso clínico amablemente proporcionado por el Prof. Dr. Paulo Alves, Profesor Auxiliar de la Universidad Católica Portuguesa/Porto. Presidente APTF, Miembro de EPUAP, EWMA y SILAHUE

Historia clínica del paciente y herida

Mujer de 87 años con antecedentes personales conocidos de síndrome demencial y totalmente dependiente de las actividades de la vida diaria. Presenta una úlcera en la región externa del calcáneo derecho, con 5 meses de evolución y tratamiento realizado por el cuidador con gasa vaselinada y compresas "para proteger la fricción", ya que el paciente presenta frecuentes episodios de agitación psicomotora lo que provoca una gran fricción en la zona.

Nuestro equipo es requerido tras un empeoramiento progresivo de la lesión.

En la primera evaluación presenta 2 UPP de categoría II; lesión 1, superior, de aproximadamente 1 cm de diámetro, y lesión 2, inferior, de aproximadamente 3 cm de diámetro, ambas con una profundidad de aproximadamente 5 mm. La lesión 1 tiene 100% de tejido desvitalizado y la lesión 2 un 100% de tejido de granulación, pero exudado purulento e hiperqueratosis perilesional

Se decide realizar limpieza en irrigación con Granudacyn®, desbridamiento de la lesión con bisturí y aplicación de Mepilex® Border Flex Oval, con el objetivo de manejar el exudado y reducir el impacto de las fuerzas de fricción mencionadas por el cuidador. El tratamiento se realizó cada 5 a 7 días.

Evolución

A los 7 días de tratamiento, la lesión 1 mantiene las mismas dimensiones y características, pero la lesión 2 presenta una reducción muy significativa de sus dimensiones, con 1 cm de diámetro, superficial y en granulación. La piel perilesional está completamente íntegra y sin ningún signo de fuga o maceración.

Tras 21 días de tratamiento, la lesión 2 epitelizó y la lesión 1 era superficial, con tejido de granulación al 100%. En este momento, y debido a la disponibilidad de material del servicio, se sustituye Mepilex Border Flex Oval por Mepilex Border Flex cuadrado.

36 días después del inicio del tratamiento, ambas lesiones estaban completamente cicatrizadas.

Resultados

- La selección de las soluciones de Mölnlycke®, mediante la limpieza con Granudacyn y el uso de apósitos Mepilex Border Flex, permitió una optimización de la cicatrización, consiguiendo el cierre de las lesiones en poco más de un mes, en lesiones con 5 meses de evolución.
- La limpieza de la herida es un paso fundamental en la preparación del lecho de la herida y sin la cual no se conseguirá cicatrizar. En este caso, fue fundamental seleccionar una solución limpiadora con capacidad antimicrobiana, Granudacyn, ya que la herida presentaba signos de una alta carga microbiana y no fue necesaria ninguna intervención adicional aparte de la limpieza y el desbridamiento. En esto también contribuyó a la capacidad de retener y controlar la carga microbiana de Mepilex Border Flex.
- El cuidador mencionó la capacidad del apósito para permanecer en su lugar, aún con toda la agitación psicomotora del paciente, y los profesionales de salud refirieron la excelente capacidad para manejar el exudado del apósito, incluso bajo presión y fricción constantes, sin que se presenten fugas o maceración, incluso con espaciado de tratamientos.



Inicio: Antes de la limpieza y desbridamiento



Inicio: Después de la limpieza y desbridamiento



Aplicación de Mepilex Border Flex Oval en la fase inicial. Aplicación de Mepilex Border Flex cuadrado



Día 28: Después de la limpieza y el desbridamiento.



Día 36: Lesiones cicatrizadas

Quemadura pediátrica

Fotografías y descripción de caso clínico amablemente proporcionado por el Prof. Dr. Paulo Alves, Profesor Auxiliar de la Universidad Católica Portuguesa/Porto. Presidente APTF, Miembro de EPUAP, EWMA y SILAHUE

Historia clínica del paciente y herida

Niño de 19 meses con quemadura térmica por contacto con estufa. Cuando se dieron cuenta de la lesión, los padres inmediatamente enfriaron la lesión con agua fría.

Tras valoración en urgencias presenta quemadura de segundo grado con amplia flictena, y se opta por iniciar tratamiento con sulfadiazina de plata y compresas. A las 48 horas, el niño mostró signos de dolor severo, por lo que se decide por retirar el apósito. En la retirada se observa una gran maceración y exudado purulento.

Se decide suspender el primer tratamiento e iniciar nuevo tratamiento con limpieza con Granudacyn®, desbridamiento de la flictena, nueva limpieza de la herida y aplicación de Mepilex® Transfer Ag.

Evolución

A los 3 días de iniciar este tratamiento, la mejoría fue muy significativa. Ya no presentaba ninguna maceración, se observaba una zona de epitelización muy importante y el niño no mostraba ningún signo de dolor o malestar. Se realiza un nuevo desbridamiento y se mantiene el plan de tratamiento.

La epitelización se consigue a los 10 días de tratamiento, 14 días desde el inicio de la lesión.

Resultados

- La quemadura en la mano es una situación compleja, más aún cuando se trata de un niño. El control del dolor, la gestión óptima del exudado y la disminución del riesgo de infección son esenciales para evitar posibles complicaciones. El uso de la solución de Granudacyn en la limpieza de heridas, permitió una correcta preparación del lecho de la herida sin dolor, mientras que la utilización de Mepilex Transfer Ag, un apósito antimicrobiano con plata permitió un correcto manejo del exudado, perfectamente adaptable a la zona anatómica, tratando la complicación causada por la opción terapéutica previamente seleccionada, así como una curación óptima, sin más complicaciones, después de 10 días de tratamiento.



Presencia de flictena tras quemadura térmica segundo grado.



Día 1: Lesión desbridada al inicio del tratamiento



Día 3: Inicio de tratamiento con Granudacyn y Mepilex Transfer Ag



Aplicación de Mepilex Transfer Ag



Día 10: Epitelización completa tras tratamiento con Granudacyn y Mepilex Transfer Ag.

Herida quirúrgica post-amputación en pie diabético

Fotografías y descripción de caso clínico amablemente proporcionado por Domagoj Cuzic y Maja Lenkovic, especialistas en Dermatología y Venereología, Unidad de heridas del Centro Hospitalario Clínico de Rijeka, Croacia

Historia clínica del paciente y herida

Varón de 71 años derivado a nuestra unidad, que presenta una herida quirúrgica tras la amputación del tercer dedo del pie derecho debido a una gangrena. El paciente tenía un historial clínico de diabetes mellitus de tipo II, bien controlada con su medicación. Tras la operación, se limpió la herida con una solución antiséptica de povidona yodada y se cubrió con una gasa. Al paciente se le prescribieron antibióticos profilácticos (amoxicilina + ácido clavulánico y metronidazol). La herida provocada por la amputación medía 200 mm², con una profundidad de 5 mm. La base de la herida estaba cubierta en un 80 % por tejido de granulación y en un 20 % por tejido esfacelar, sin signos clínicos de infección. El exudado era moderado y de naturaleza serosanguínea. La perilesión estaba sana e intacta. Después de siete días, el cirujano derivó al paciente a nuestra clínica. Recibido en nuestra unidad tras la operación, la herida medía de inicio 2x1 cm, estaba completamente cubierta por tejido de granulación y no había signos clínicos de infección.

Evolución

La amputación fue irrigada con la solución de irrigación Granudacyn®, que además se empapó en gasa y se dejó aplicada durante 10 minutos. A continuación se aplicó un tratamiento tópico con hemoglobina (Granulox®) y un apósito de espuma de suave silicona (Mepilex® Border Lite). La elección de Granudacyn estaba justificada por su eficiencia y carácter no citotóxico. Según el documento de consenso sobre antisepsia en heridas de 2018, los preservantes presentes en su formulación (ácido hipocloroso e hipoclorito sodico) son la primera opción para la descontaminación de heridas complejas y crónicas. Además, la utilización conjunta de un spray tópico de hemoglobina y un apósito de espuma con borde de silicona ya había demostrado su eficacia en otras heridas tratadas en nuestra unidad. En cada cambio de apósito, que pautamos cada 2 días, se aplicó Granudacyn, Granulox y Mepilex Lite. A las 2 semanas de tratamiento, el volumen de exudado pasó a bajo, y la herida comenzaba a reducirse en tamaño y mejorar su aspecto. A los 21 días de tratamiento, el estado del lecho de la herida había mejorado aún más, y estaba cubierta al 100% por tejido de granulación, así como más reducida en tamaño. La herida cicatrizó por completo a los 30 días.

Resultados

- Por su naturaleza no citotóxica, pudo utilizarse Granudacyn hasta que se completó el cierre de la herida, algo especialmente importante en las úlceras de pie diabético, que son particularmente propensas a las infecciones.
- La herida fue reduciéndose en tamaño constantemente durante todo el periodo de tratamiento.
- La piel perilesional se mantuvo sana e intacta en todo momento.
- El paciente no manifestó dolor en ningún momento del tratamiento con Granudacyn.
- El paciente comentó el efecto positivo de Granudacyn, afirmando que la herida mejoraba con cada cambio de apósito y que el hecho de ver la rapidez con la que se cerraba le animaba a controlar por sí mismo su diabetes de manera más proactiva.
- El paciente también comentó que, durante el proceso de tratamiento y curación de su herida, tuvo oportunidad de llevar una "vida normal", sin complicaciones asociadas a su condición de diabético.



Día 1: Herida quirúrgica post-amputación con niveles moderados de exudado serosanguíneo. La perilesión está sana e intacta.



Día 15: La herida ha reducido su tamaño y ha mejorado el lecho de la misma.



Día 21: La herida ha reducido aún más su tamaño y continúa mejorando.



Día 30: La herida ha cicatrizado

Úlcera de pie diabético con tunelización

Fotografías y descripción de caso clínico amablemente proporcionado por Peter Kurz, enfermero especialista en tratamiento de heridas, Wund Pflege Management (WPM), Bad Pirawarth, Austria

Historia clínica del paciente y herida

Varón de 70 años que acude a unidad de enfermería con especialistas en dermatología y cirugía justo antes del periodo navideño, con una úlcera de pie diabético (UPD) infectada. El paciente tenía un largo historial clínico de diabetes mellitus de tipo II y enfermedad de Crohn, ambas en su mayor parte bien controladas con la medicación. El tratamiento con corticoides para su enfermedad de Crohn le provocó numerosos episodios de hiperglicemia y problemas en el pie relacionados con su diabetes. Úlcera de grado 3 en la clasificación de Wagner, localizada en el antepié derecho, causada por presión por una hiperqueratosis de larga duración. La herida medía 300 mm² y tenía tunelizaciones conectadas. La base de la herida estaba cubierta por un 10% de tejido necrótico, un 20% de esfacelos y un 70% de tejido de granulación. La herida presentaba signos clínicos de infección: edema, dolor leve, eritema y un volumen elevado de exudado hemopurulento. Alrededor de la úlcera infectada se había formado una flictena que había reventado tres días antes de la visita a la clínica. Asimismo, el paciente tenía una temperatura ligeramente elevada y se sentía fatigado. Se le realizó una prueba de sonda ósea que resultó positiva en osteomielitis. A la herida se le aplicaron 50 ml de solución de irrigación de heridas Granudacyn®. Al ser periodo festivo, se derivó al paciente a un centro de salud para proceder a un desbridamiento quirúrgico. En el centro, se le recetaron de inmediato antibióticos orales de amplio espectro, se le alivió la presión en el antepié y se le realizó una radiografía y pruebas de cultivo y valoración. La radiografía confirmó la osteomielitis. Al paciente se le aconsejó la amputación del cuarto y quinto dedo del pie, pero se negó a ello. El paciente abandonó en poco tiempo el centro ambulatorio, por lo que no se recibieron los resultados del cultivo. Al regresar a la unidad se continúa un régimen de tratamiento conservativo aún con la recomendación de amputación. Se prosiguió con la aplicación de 50 ml de solución de irrigación de heridas Granudacyn, con una cánula, aplicación que se mantuvo durante el resto del periodo de tratamiento y en lo cual también se le redistribuyó la presión del antepié. Durante las primeras 4 semanas, se rellenó la herida con gel cicatrizante para heridas Granudacyn aplicado con una cánula, con el objetivo de limpiar y descontaminar rápidamente la cavidad de la herida. Además, para evitar que la herida se cerrara desde el exterior, con el consiguiente riesgo de reinfección se optó por una tira de apósito de malla con plata nanocrystalina, que se pasó a través de la cavidad de la herida, y se utilizó un apósito superabsorbente como apósito secundario.

Evolución

Después de dos semanas, la superficie de la herida se había reducido en un 50 %, aunque seguía mostrando signos de infección local (edema leve, eritema y niveles moderados de exudado). El día 45, la inflamación y el dolor habían desaparecido. El día 48 se efectuó una radiografía que no mostró indicios de osteomielitis en el hueso. Poco después (día 51) se suspendieron los antibióticos orales. El día 52, la herida medía 45 mm² y estaba cubierta al 100 % por el tejido de granulación. La piel perilesional estaba sana e intacta. Dos de las tunelizaciones aún estaban conectadas, pero mostraban una clara tendencia a la curación. En este punto, se suspendió el tratamiento con la malla de plata nanocrystalina y se empleó el gel Granudacyn junto con una solución limpiadora de betaína y polihexanida. La foto 4 muestra la herida en el día 88. El gel cicatrizante para heridas Granudacyn se aplicó cada 2-3 días, la herida fue evolucionando constantemente hacia la cicatrización y se cerró después de aproximadamente 15 semanas de tratamiento.

Resultados

- En una visita de seguimiento, a los 10 meses, la radiografía mostró que el hueso calcáneo se había estabilizado y estaba solidificado en su mayor parte.
- La piel perilesional se mantuvo sana e intacta en todo momento.
- Durante el periodo de tratamiento, la úlcera fue reduciendo su tamaño constantemente.
- No se produjo ninguna reacción o merma de efectividad en la combinación del gel cicatrizante para heridas Granudacyn con el apósito de malla con plata nanocrystalina. Tampoco hubo ninguna interacción en la combinación del gel Granudacyn con la solución limpiadora de betaína y polihexanida, siendo ambas combinaciones efectivas para la consecución del cierre de la herida.
- Estas combinaciones efectivas muestran que el gel para heridas Granudacyn puede aplicarse junto con cualquier otro tratamiento tópico necesario, sin producirse reacción o disminución de efectividad al combinarlo con otros tratamientos.



Día 1: La úlcera del pie diabético infectada tenía tres tunelizaciones comunicadas.



Día 3: Se decide proseguir con un tratamiento conservador (con Granudacyn), a pesar de la recomendación de amputar el área infectada



Día 52: El lecho de la herida está completamente cubierta con tejido de granulación.



Día 88: Se ha reducido el tamaño de la herida y la piel perilesional está sana e intacta



Día 109 (evaluación final): La herida ha cicatrizado después de 15 semanas de tratamiento

Fascitis necrotizante

Fotografías y descripción de caso clínico amablemente proporcionado por Peter Kurz, enfermero especialista en tratamiento de heridas, Wund Pflege Management (WPM), Bad Pirawarth, Austria

Historia clínica del paciente y herida

Varón de 59 años que se presenta con fascitis necrotizante desbridada quirúrgicamente a la derecha del escroto, de tres semanas de evolución, en nuestra unidad de enfermeros especialistas en dermatología y cirugía. La herida medía 40 cm² y tenía una profundidad de hasta 200 mm. El lecho de la herida tenía un 90% de tejido de granulación y un 10% de esfacelos, pero presentaba signos clínicos de infección local, mal olor y un alto volumen de exudado serosanguíneo. Los cultivos de la herida detectaron la presencia de bacterias productoras de enzimas betalactamasas (ESBL), para las que se prescribió una antibioterapia sistémica. Viendo el proceso de curación enlentecido y los resultados de las pruebas microbiológicas, se asumió la presencia de biofilm, y se utilizó una crema protectora a base de aceite de dimeticona para preservar el estado de la piel perilesional, que permanecía sana e intacta. La herida se sometió a una limpieza de 10 minutos, durante la cual se limpió con la solución de irrigación Granudacyn® para eliminar el tejido esfacelado. A continuación se procedió a la aplicación del gel cicatrizante para heridas Granudacyn, tras lo cual se insertó un apósito de espuma de poros abiertos en la cavidad de la herida, y se utilizó un apósito multicapa superabsorbente como apósito secundario. La esposa del paciente cambió los apósitos e irrigó la herida diariamente en casa durante el periodo de tratamiento.

Evolución

En la primera visita de seguimiento (día 5 de tratamiento), el tamaño de la herida se había reducido en un 25%, la base estaba cubierta al 100 % por el tejido de granulación, y no había signos de infección local. Durante las primeras dos semanas de tratamiento, la cantidad de exudado siguió siendo alta, pero fue disminuyendo a medida que se reducía el tamaño de la herida. Después de aproximadamente tres semanas, comenzó a aparecer tejido epitelial. En la foto 3 puede verse la herida en el día 43, momento en el que había disminuido el exudado y no había síntomas de infección. Después de 69 días de tratamiento, la herida medía 7,5 mm², lo que supone un 65 % de reducción respecto al tamaño inicial. La herida cicatrizó por completo a los 95 días.

Resultados

- Durante el tratamiento pautado, la herida fue reduciéndose constantemente en tamaño.
- La perilesión permaneció sana e intacta durante todo el tratamiento.
- La rápida reducción del tamaño de la herida mejoraron rápidamente el estado psicológico y la calidad de vida del paciente, el cual no experimentó ningún dolor durante el tratamiento, cosa especialmente satisfactoria teniendo en cuenta la ubicación anatómica de la herida.
- El personal sanitario se mostró especialmente sorprendido por la rápida y fácil cicatrización de una herida tan grande y profunda, que seguía cerrada en la visita de seguimiento realizada 10 meses después del fin del tratamiento.



Día 1: Herida por desbridamiento quirúrgico de fascitis necrotizante.



Día 5: Herida cavitada.



Día 43: El tamaño de la herida y el volumen de exudado han disminuido y no hay signos de infección.



Día 69: La herida ha reducido considerablemente su tamaño.



Día 95: La herida ha cicatrizado

Soluciones Mölnlycke®



Granudacyn®

Ref.	Tam. cm	Env.	TRP
360150	50 ml	1	20
360100	250 ml	1	15
360101	500 ml	1	12
360102	1000 ml	1	6
360103*	500 ml	1	12
360104*	1000 ml	1	6

* Solución de irrigación para TPN



Mepilex® Border Sacrum

Ref.	Tam. cm	RET	TRP
282410	22 x 25	10	30
282010	16 x 20	10	50

C.N.	Tam. cm	RET	TRP
495747	22 x 25	3	18



Granudacyn® Gel

Ref.	Tam.	Env.	TRP
360107	50g	1	12
360108	100g	1	12
360106	250g	1	15



Exufiber®

Ref.	Tam. cm	RET	TRP
709900	5 x 5	10	40
709901	10 x 10	10	80
709903	15 x 15	10	60
709904	20 x 30	5	25
709908	1 x 45	5	25
709909	2 x 45	5	25

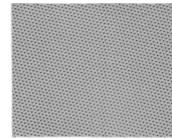
C.N.	Tam. cm	RET	TRP
496752	10 x 10	3	24
496760	15 x 15	3	18



Mepilex® Border Flex

Ref.	Tam. cm	RET	TRP
595200	7,5 x 7,5	5	50
595300	10 x 10	5	50
595000	12,5 x 12,5	5	50
595400	15 x 15	5	50
595600	15 x 20	5	50

C.N.	Tam. cm	RET	TRP
491126	10 x 10	3	30
491134	15 x 15	3	60



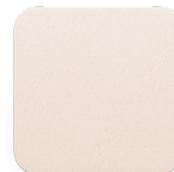
Mepilex® Transfer Ag

Ref.	Tam. cm	RET	TRP
394000	7,5 x 8,5	10	70
394100	10 x 12,5	5	50
394700	12,5 x 12,5	5	50
394800	15 x 20	10	50
394500	20 x 50	2	12



Mepilex® Border Flex Oval

Ref.	Tam.	RET	TRP
583500	7,8 x 10	1	50
583300	13 x 16	1	35
583400	15 x 19	1	45



Mepilex® Lite

Ref.	Tam. cm	RET	TRP
284000	6 x 8,5	5	70
284100	10 x 10	5	50
284300	15 x 15	5	50
284500	20 x 50	4	24



Mepilex® Border Lite

Ref.	Tam. cm	RET	TRP
281000	4 x 5	10	70
281100	5 x 12,5	5	65
281200	7,5 x 7,5	5	70
281300	10 x 10	5	50
281600*	12,5 x 12,5	10	80
281500	15 x 15	5	50
281700*	17,5 x 17,5	10	50

*Denominación comercial Mepilex Border e.m.

C.N.	Tam. cm	RET	TRP
400118	7,5 x 8,5	3	45
400120	15 x 15	3	60



Más información en molnlycke.es

Mölnlycke Health Care, Av. de la Vega 15, Edif.3 - 3ª Planta, 28108 Alcobendas (Madrid) Tel. 914841320
Los nombres, logotipos y marcas comerciales de Mölnlycke, Exufiber, Mepilex y Granudacyn están registrados por una o más empresas del grupo Mölnlycke Health Care. ©2021 Mölnlycke Health Care AB. Todos los derechos reservados.