

CASO CLÍNICO

Compresión de baja elasticidad para lesiones traumáticas en contexto de insuficiencia venosa

Raúl Sánchez Basilio¹.

¹Enfermero especialista en Enfermería Geriátrica. Residencia de Mayores Virgen del Prado. Hospital General Ntra. Sra. del Prado. Talavera de la Reina, Toledo. España.

Correspondencia

Raúl Sánchez Basilio.

Correo electrónico: rmelquisedec@hotmail.com

(Recibido: 05/10/2018. Aceptado: 29/11/2018)

RESUMEN

La patología venosa crónica es altamente prevalente en el ámbito sociosanitario y supone la causa directa de lesiones complejas en miembros inferiores o empeora el pronóstico de otras lesiones producidas principalmente por traumatismos.

Este caso clínico describe el abordaje de dos lesiones producidas por la retirada de un apósito adhesivo en un varón de 92 años que acude al Centro de Día de una residencia mixta pública.

Una vez constatado el contexto de insuficiencia venosa crónica y evidenciado que los apósitos no eran capaces de manejar el exudado y que no se estaba produciendo la cicatrización en un tiempo adecuado, se decidió aplicar compresión terapéutica de baja elasticidad además de la cura húmeda.

Las lesiones originales cicatrizaron en unos 30 días después de iniciar la terapia compresiva, pero el cuadro clínico se alargó 10 días más por la aparición de una flictena secundaria a un vendaje que había sido realizado con venda de crepé. El abordaje de la insuficiencia venosa (patología de base que no había originado las lesiones, pero podría haberlas cronicado) mediante compresión terapéutica aplicada con vendas de baja elasticidad, fue el factor clave en la resolución de este caso.

PALABRAS CLAVE

Insuficiencia Venosa; Heridas y lesiones; Vendajes de compresión; Educación en Salud

SUMMARY

Chronic venous pathology is highly prevalent in the socio-health sector and is the direct cause of complex lesions in the lower limbs or worsens the prognosis of other injuries produced mainly by trauma.

This clinical case describes the approach of two injuries produced by the removal of an adhesive dressing in a 92-year-old man who goes to the Day Center of a public mixed residence.

Once the context of chronic venous insufficiency was verified and it was evidenced that the dressings were not able to handle the exudate and the healing was not taking place in a suitable time, it was decided to apply therapeutic compression of low elasticity in addition to the wet cure.

The original lesions healed in about 30 days after starting compression therapy, but the clinical picture was lengthened 10 days longer by the appearance of a secondary phlyctena due to a bandage that had been made with crepe bandage. The approach of venous insufficiency (base pathology that had not originated the lesions, but could make them chronic) by therapeutic compression applied with low elasticity bandages, was the key factor in the resolution of this case.

KEYWORDS

Venous insufficiency; Wounds and injuries; Compression bandages; Health Education

Introducción

La patología venosa crónica es altamente prevalente en el ámbito sociosanitario y supone la causa directa de lesiones complejas en miembros inferiores (MMII) o empeora el pronóstico de otras lesiones producidas, principalmente, por traumatismos. Estas lesiones suponen un elevado gasto de tiempo y recursos en la atención sanitaria (1,2)

La comprensión de las consecuencias que rodean al fallo en la circulación venosa a nivel de los miembros inferiores es crucial para el establecimiento de medidas terapéuticas acertadas. Si no tenemos claro que el principal problema no es la lesión, sino el fallo circulatorio, nos perderemos en la aplicación de costosos tratamientos de dudosa costo-eficiencia. En este contexto, el desafío principal consiste en la mejora del retorno venoso,

que a su vez mejorará el edema y aliviará con ello los principales impedimentos en el proceso de cicatrización. (3)

Aunque una lesión no tenga como mecanismo etiológico directo la insuficiencia venosa, si esta está presente, puede dificultar el proceso de cicatrización. Por ello, considerando la elevada evidencia que respalda el uso de la terapia compresiva para el tratamiento de úlceras venosas (4,5), el abordaje de lesiones traumáticas en MMII afectos de insuficiencia venosa también debe incluir la compresión como parte fundamental del tratamiento siempre que no haya contraindicaciones.

Los sistemas de compresión de baja elasticidad destacan porque ejercen elevada presión de trabajo durante el ejercicio, baja presión durante el reposo, optimizan el efecto de la bomba muscular, se toleran muy bien y son muy seguros (5, 6).

En la práctica clínica aún es habitual encontrar pacientes con signos de insuficiencia venosa que presentan lesiones en MMII que no son tratados con terapia compresiva, bien porque los profesionales no la consideran parte del tratamiento, bien porque el paciente no la acepta. Hemos considerado adecuada la elaboración y difusión de este caso clínico para recordar la importancia que tiene el abordaje de las patologías subyacentes, tanto si son el factor etiológico directo que ha producido las lesiones como si no, puesto que seguramente estén interfiriendo en su resolución.

Caso clínico

Se presenta el caso de un varón de 92 años, usuario del centro de día de una residencia de mayores pública mixta que atiende, en sus necesidades básicas, a personas con un grado de dependencia leve/moderada que regresan a su casa durante la noche y los fines de semana y que reciben atención de enfermería en su Centro de Salud de referencia.

El paciente, que sufrió hace 10 años una tromboflebitis en el miembro inferior derecho (MID), estaba siendo curado con un apósito hidrocoloide en el Centro de Salud por una pequeña lesión en esa pierna. Una noche en su casa se lo retiró bruscamente, produciéndose dos nuevas lesiones.

El paciente siguió acudiendo a su Centro de Salud para la realización de las curas de las nuevas lesiones durante dos semanas, pero ante la imposibilidad de hacerlo con la frecuencia necesaria, por mal control del exudado (los apósitos de espuma de poliuretano que se estaban utilizando se saturaban en menos de 24 horas), se decidió que el personal de enfermería de la residencia de mayores, asumiera el caso (previo conocimiento y consentimiento del paciente, médico de familia y enfermera comunitaria).

Anamnesis

Paciente, varón de 92 años, independiente para casi todas las actividades básicas de la vida diaria, con un índice de Katz C (dependencia en baño e incontinen-

cia). Deambulaba con andador y relativa dificultad, presentando riesgo de caídas (Downton: 3). Seguía una dieta adecuada y tenía buen apetito, sin problemas nutricionales aparentes (MNA en el cribaje: 12); además de un buen soporte social (Apgar Familiar: 10/10), sin deterioro cognitivo ni alteraciones aparentes de la afectividad (MEC: 30/35) (GDS-15: 3/15).

Padecía Diabetes Mellitus Tipo II, HTA, Obesidad, Dislipemia, Tromboflebitis en MID hace 10 años e Insuficiencia Venosa Crónica en el otro miembro inferior (sin más datos). Intervenido de cataratas bilaterales (2003 y 2005), colecistectomía (2010) y fractura de cadera derecha (2000). Refería sedentarismo por limitación de la movilidad (gonalgia bilateral), pasando largos ratos sentado. No era fumador ni bebedor.

Estaba en tratamiento farmacológico con: Clopidogrel, Enalapril, Insulina Glargina e Insulina Glulisina de rescate.

Presentaba dos lesiones de 8.5 x 3,7cm y 2,2 x 1,3cm en el tercio distal del MID a ambos lados de la tibia, con tejido de granulación sano, sin esfacelos ni tejido desvitalizado y sin signos aparentes de infección, pero con un elevado exudado, en su mayor parte debido al edema que afectaba al miembro. Los bordes de la lesión se presentaban ligeramente macerados por la humedad constante a la que se encontraban expuestos. Estas lesiones tenían una antigüedad de 13 días y el paciente insistía en que no mejoraban. Igualmente presentaba signos de insuficiencia venosa en el miembro inferior izquierdo (MII), sin ningún tratamiento.

El paciente no usaba medias de compresión porque decía que “las que me mandaron hace años no las soportaba”, y aunque las lesiones recidivaban con frecuencia “siempre son pequeñas”.

Exploración y pruebas complementarias

En la exploración, presentaba en ambos MMII pulso pedio (débil) y tibial posterior presente. No refería dolor ni otros síntomas de compromiso arterial. Refería sensación de cansancio, piernas pesadas y prurito de predominio nocturno. Presentaba edema, dermatitis ocre y varices. Se consideró una Clasificación CEAP 5, ya que presentaba ulceraciones venosas cicatrizadas y las lesiones activas era traumáticas.

El índice tobillo-brazo del MID fue de 1.02 y el del MII de 1,03, confirmando la ausencia de enfermedad arterial periférica.

Diagnóstico

Con todos estos datos se llegó a la conclusión de que se trataba de lesiones de origen traumático debidos a la retirada de un apósito adhesivo en el contexto de una Insuficiencia venosa crónica en el MID. El MII presentaba signos y síntomas de patología venosa crónica y no se sospechaba patología arterial en ninguno de ellos.

Tratamiento

Para poder realizar un adecuado abordaje integral que tuviese en cuenta todos los factores que podían interferir en la cicatrización de las lesiones, las intervenciones fueron seleccionadas en base al acrónimo DOMINATE Wounds. Se estableció un desbridamiento autolítico mediante cura húmeda. Se realizó el control del edema con la aplicación de terapia compresiva, reduciendo el drenado y controlando la humedad en la lesión con apósitos absorbentes (foams inicialmente pautados en atención primaria y alginato al acabar estos). La lesión no presentaba signos de infección, ni malignidad. En el cribaje nutricional el paciente no presentaba riesgo de malnutrición, aunque se proporcionaron consejos dietéticos para diabéticos como refuerzo educativo. Se realizó educación sanitaria relativa al control de la diabetes, recomendándole paseos cortos cada hora.

La pauta de cura establecida incluía:

- Para la higiene del MID se usaban toallitas 3 en 1 de higiene sin aclarado. La higiene del otro miembro se realizaba a diario, como parte de la higiene habitual del paciente.
- Tras la limpieza, se hidrataban ambos MMII en cada cura con crema hidratante con urea al 10%.
- Para la cura de las lesiones, inicialmente se respetó la pauta propuesta por la enfermera comunitaria (con apósitos tipo foam) para no generar una ruptura de confianza entre el paciente y su enfermera, pero no se conseguía una adecuada gestión del exudado.
- El vendaje del MID se realizaba con tres vendas de baja elasticidad que se cambiaban cada 48 horas de lunes a viernes y cada 72 al llegar el fin de semana (Figura 1). En primer lugar, se colocaba venda de algodón igualando perímetros de la extremidad y seguidamente se aplicaban las vendas de baja elasticidad sin ejercer tensión. Primero una de 8 cm de ancho, desde la raíz de los dedos hasta la zona maleolar, seguida de una de 10 cm desde los dedos hasta donde llegase y una tercera, también de 10 cm, desde el tobillo hasta la parte superior de la pantorrilla. Dichas vendas se reutilizaban con el mismo paciente tras lavarlas y secarlas adecuadamente.
- La compresión con baja elasticidad se acompañó de educación sanitaria para que el paciente comprendiese la necesidad de mantenerse todo lo activo que pudiera, realizando cortos pero frecuentes paseos por el centro residencial o por su casa (al menos cada hora) y se le pidió que realizase movimientos con el tobillo “como acelerando el coche” cuando se encontrase inmóvil o sentado para así activar la bomba gemelar.
- Se le reforzó positivamente para que siguiese manteniendo un adecuado control metabólico, y se le recordaba la importancia de la dieta como parte fundamental del tratamiento.

- En cada cura se le explicaban al paciente los beneficios de la compresión. También se le hacía ver la relación que dicha compresión tenía con la mejoría que estaba experimentando. Con ello intentábamos facilitar la adherencia al futuro tratamiento con medias de compresión (7).



Figura 1: Vendaje compresivo con 3 vendas de baja elasticidad.

Evolución

A las 48h de iniciar la terapia compresiva con vendas de baja elasticidad ya se observaba una adecuada contención del edema y, con ello, del líquido que drenaba la lesión (Figura 2).



Figura 2: Evolución tras 48h de Terapia compresiva.

Como el apósito de espuma de poliuretano no era capaz de gestionar adecuadamente el exudado, a los 10 días se decidió cambiarlo por alginato, y se comprobó que este gestionaba mejor el exudado y mantenía los bordes de la lesión en condiciones idóneas para la epitelización.

A las dos semanas de iniciar la terapia de compresión en la lesión mayor se había producido una disminución de la superficie superior al 50% (5,2 x 1,3cm) y la lesión menor ya había cicatrizado (Figura 3).



Figura 3: Evolución de las lesiones a las 2 semanas de tratamiento.

A los 22 días del inicio de la terapia de compresión hubo que utilizar venda de crepé al no estar limpias y secas las vendas de baja elasticidad (y no disponer de más en el centro). En la siguiente cura se apreció una ampolla en la zona perimaleolar externa de unos 3 x 3 cm, que se desbridó y se curó con alginato (Figura 4). El resto de los vendajes se siguieron realizando siempre con baja elasticidad.

El paciente destacó el mayor grado de confort que experimentaba con las vendas de baja elasticidad en comparación con el vendaje de crepé.



Figura 4: Evolución a los 22 días. Aparición de ampolla por roce de venda de crepé.

La cicatrización de las lesiones iniciales se produjo en torno a los 27 días de iniciar los vendajes con baja elasticidad (Figura 5).



Figura 5: Evolución a los 27 días de inicio de tratamiento con Terapia compresiva.

La lesión iatrogénica producida por el vendaje tuvo una rápida resolución y cicatrizó sin complicaciones en torno a los 10 días de su aparición. (Figura 6)

Tras la resolución de las lesiones se recomendó el uso de medias de compresión. El paciente se mostró colaborador en todo momento y en el momento de remisión de este caso para su publicación, unos 6 meses después de cicatrizadas las lesiones, todavía usa unas medias de clase 2 que puede soportar, sin que se hayan producido recidivas.



Figuras 6: Resolución de la lesión iatrogénica a los 10 días de su aparición.

Discusión

Este caso confirma la importancia capital de la compresión en el tratamiento de la insuficiencia venosa crónica y de sus consecuencias, ya sea la aparición de una úlcera venosa o el retraso en la cicatrización de una lesión de origen traumático.

La contención del edema desde el primer momento que se aplica la compresión con vendas de baja elasticidad es satisfactoria, permitiendo espaciar las curas y mejorar tanto el confort del paciente como la eficiencia del tratamiento aplicado, sobre todo al poder reutilizar las vendas en el mismo paciente tras lavarlas y secarlas, sin que estas pierdan sus propiedades.

Las lesiones, que en los 13 días anteriores al inicio de la terapia compresiva no habían mostrado ninguna progresión y presentaban un altísimo exudado, han cicatrizado en un tiempo adecuado y sin complicaciones. Esto demuestra la efectividad, seguridad y buena tolerancia de la terapia compresiva ejercida con materiales de baja elasticidad. Estos hallazgos están en consonancia con lo expuesto en el último Documento de Consenso de la CONUEI (5).

A pesar de que la última Revisión Sistemática Cochrane concluye que no hay suficiente evidencia que demuestre que el uso de un determinado tipo de apósito aumente las probabilidades de cicatrización de las úlceras venosas, en este caso los apósitos de alginato han conseguido gestionar el exudado mejor que los apósitos de espuma de poliuretano, por lo que pensamos que también han podido desempeñar un papel importante en la resolución de este caso.

Igualmente se destaca la importancia de realizar una correcta técnica de vendaje con materiales adecuados que, en lugar de ayudar a aplicar una compresión terapéutica, pueden ocasionar lesiones iatrogénicas que compliquen y prolonguen el proceso.

Conclusiones

El abordaje de la insuficiencia venosa (patología de base que no había originado las lesiones pero podría haberlas cronicado) mediante compresión terapéutica aplicada con vendas de baja elasticidad es el factor clave en la resolución de este caso.

El paciente refiere mayor confort cuando la compresión se realiza con vendajes de baja elasticidad que cuando se recurre a vendas de crepé, especialmente durante la noche cuando está tumbado en la cama.

La compresión terapéutica con vendas de baja elasticidad mejora el retorno venoso, disminuye el edema y permite la cicatrización de las lesiones en un tiempo adecuado. Todo esto contribuye a aumentar la confianza del paciente en el equipo sanitario que le atiende y ayuda a que comprenda la importancia del tratamiento compresivo, lo cual facilita la adherencia al posterior tratamiento con medias de compresión.

Conflicto de intereses:

El autor declara que no presenta conflictos de intereses relacionados con este caso.

Bibliografía

1. O'Donnell T, Passman M, Marston W, Ennis W, Dalsing M, Kistner R et al. Management of venous leg ulcers: Clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery® and the American Venous Forum. *Journal of Vascular Surgery*. 2014; 60(2):3S-59S.
2. Guinot Bachero J, Herrera Herzog E, Ibáñez Valero I, Sorribes Lengua M, Adusara Molina MJ, Garralón Pérez A, et al. Heridas en consultas de enfermería: ¿qué lesión genera más carga de trabajo? Estudio observacional urbano. *Gerokomos*. 2017; 28(1): 42-48.
3. Soldevilla J, Torra JE, Verdú J, Rueda J, Martínez F, Roche E. Epidemiology of Chronic Wounds in Spain: Results of the First National Studies on Pressure and Leg Ulcer Prevalence. 2006; 18(8):213-226.
4. Conde Montero E. La terapia compresiva en España: ¿Qué está fallando? - Elena Conde Montero [Internet]. 2018 [cited 28 October 2018]. Available from: <https://www.elenaconde.com/la-terapia-compresiva-en-espana-que-esta-fallando/>
5. 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 2018. 2ª ed. Madrid: Ergon; 2018.
6. Mosti G, Partsch H. A New Two Component Compression System Turning an Elastic Bandage into an Inelastic Compression Device: Interface Pressure, Stiffness, and Haemodynamic Effectiveness. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2018 Jan; 55(1):126-131.
7. Nelson EA, Bell-Syer SE. Compression for preventing recurrence of venous ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014; (9): CD002303.
8. Norman G, Westby MJ, Rithalia AD, Stubbs N, Soares MO, Dumville JC. Dressings and topical agents for treating venous leg ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018; 6. CDO12583. doi: 10.1002/14651858.CD012583.pub2