

ÚLCERA VENOSA

HISTORIAL

Introducción

Presentamos el caso de una paciente que nos va a permitir definir objetivos e intervenciones en las úlceras Venosas.

Historial del paciente

Mujer de 66 años de edad, que padece de Poliartrosis, Gonartrosis en miembro inferior izquierdo e Insuficiencia Venosa. La paciente realiza sus actividades de la vida diaria y cuida a su familia. Su movilidad se ve limitada por su afección en la rodilla izquierda. Presenta una lesión en la cara lateral externa de la pierna izquierda, que ocupa parte del tercio medio e inferior con unas medidas de 10 X 5 cm. La lesión es superficial con bordes edematosos, eritematosos e irregulares. Presenta abundante exudado, signos clínicos de infección y edema perilesional. El lecho presenta tejido desvitalizado fuertemente adherido y presenta biofilms. La piel perilesional presenta prurito y pequeñas lesiones. La lesión tiene una evolución de 29 años. Se produjo por una tromboflebitis después de dar a luz a su hija. En estos 29 años ha estado sometida a multitud de tratamientos, la han visto muchos y diversos especialistas. Estuvo a punto de que le amputaran la pierna. Tiene un ITB de 0,9 y el contorno del tobillo es de 24 cm.

Foto 1. Foto del paciente del caso clínico.



VALORACIÓN

1. Se defina úlcera vascular como lesión:

- a. Que aparece en los miembros inferiores debida, fundamentalmente, a la presión
- b. Elemental con pérdida de sustancia cutánea, producida por alteraciones en la circulación de las extremidades inferiores
- c. De la piel y/o mucosas que produce una solución de continuidad en las mismas con pérdida de sustancia y afectación variable de estructuras adyacentes
- d. Todas son correctas

Respuesta:

La respuesta correcta es la (b).

Dentro de la pierna nos encontramos dos sistemas venosos. EL superficial que recogerá la sangre de la piel y estructuras, y el profundo que recoge la sangre del resto de estructuras y de este sistema superficial a través de vasos perforantes, para enviar la sangre hacia el corazón.

Estos vasos para vencer la gravedad presentan válvulas que impiden que la sangre fluya en dirección contraria, cuando se produce un fallo en estas válvulas por la razón que sea (genética, trombos, edad,...) la sangre no puede retornar correctamente, se estanca y nos producirá la hipertensión venosa.

2. Entre los factores intrínsecos de riesgo que contribuyen a la aparición de las úlceras arteriales se encuentra:

- a. Trombo/émbolo
- b. Compresión/traumatismo
- c. Diabetes
- d. a y b son correctas

Respuesta:

La respuesta correcta es la (a)

3. En la anamnesis que se realiza al paciente es preciso inspeccionar

- a. Coloración de la piel
- b. Uñas y pelos
- c. Pulsos femoral, poplíteo y tibial posterior
- d. Todas son correctas

Respuesta:

La opción correcta es la (d).

Una correcta valoración del paciente, nos va a permitir poder realizar un buen diagnóstico diferencial. Con el objetivo de poder aplicar el tratamiento más correcto y que nos lleve a una cicatrización más rápida y sin complicaciones.

4. El pulso que se detecta por detrás del maléolo interno se denomina:

- a. Pedio
- b. Tibial posterior
- c. A y b son correctas
- d. A y b son falsas

Respuesta:

La respuesta correcta es la (b).

El pulso tibial posterior lo detectamos junto con el pulso pedio, para la realización del índice tobillo brazo.

5. En la fisiopatología de la úlcera venosa intervienen:

- a. Musculatura de la pantorrilla
- b. Válvulas venosas
- c. Ambas
- d. Ninguna

Respuesta:

La respuesta correcta es la (c).

El problema valvular puede presentarse a nivel de los tres sistemas, el superficial, el perforante o el profundo, qué dependiendo de la localización nos hará que el problema sea mayor o menor. El mayor problema es cuando se llega a afectar el sistema venoso profundo, que es cuando se produce la Hipertensión Venosa Profunda. Cuando solo afecta al superficial es cuando se producen las varices, y de aquí el problema se va agravando porque la sangre se va estancando y va haciendo que los vasos se dilaten y se afecten más válvulas, con lo que el problema se va agrandando hasta llegar a provocar una gran hipertensión que será la responsable de la formación de la úlcera.

El otro sistema que ayuda a la sangre a retornar hacia el corazón es la bomba gemelar, por la que en su interior discurre el sistema venoso profundo. Estos músculos presentan una fascia semi-rígida que impide a la musculatura expandirse todo su volumen, por eso cuando el músculo se contrae comprime las venas y impulsa la sangre hacia el corazón. Por eso andar es bueno para compensar la hipertensión venosa o sistemas que compriman este músculo para ayudar a bombear la sangre hacia el corazón cuando no andamos.

6. Son signos de la úlcera venosa:

- a. Abundante exudado
- b. Hemorragia
- c. Bordes irregulares
- d. Todas son ciertas

Respuesta:

La respuesta correcta es la (d).

Por el acumulo de sangre en el sistema venoso se nos produce una hipertensión venosa.

El mecanismo que lleva de una insuficiencia venosa a producir una ulcera en una explicación simple sería:

1.- El tejido de la pierna está mal nutrido debido al éxtasis venoso (la alta presión en las venas impide la llegada de nueva sangre desde las arterias a los capilares y tejidos adyacentes). En este estado la piel tiene un alto riesgo (es muy frágil) e incluso un pequeño golpe puede causar una rotura de piel. En casos más avanzados la úlcera puede llegar a aparecer espontáneamente.

2.- Las paredes de las venas son relativamente delgadas. El aumento de la presión hace que se estiren y la pared sea aún más delgada. Los componentes de la sangre, especialmente los glóbulos rojos, grandes proteínas (enzimas proteo líticas) y el plasma, pasan al tejido intersticial. Los glóbulos rojos se rompen liberando pigmentos que contienen hierro que decolorará la piel a un tono marrón. Las enzimas proteo líticas son tóxicas y causan irritación, dermatitis o eczema.

3.- La salida de fluido causa con frecuencia un considerable edema, el cual se suma al copioso exudado de las úlceras venosas.

Como resultado el tejido está desvitalizado y cualquier pequeño traumatismo nos producirá una úlcera, que será difícil de curar porque no le llegan los componentes con la sangre para regenerar.

7. Si al elevar los miembros el paciente siente alivio, podríamos decir que su úlcera es de origen:

- a. Arterial
- b. Venosa
- c. Componente venoso-arterial
- d. Todas son correctas

Respuesta:

La respuesta correcta es la (b).

Esto es debido a que el retorno venoso se ve favorecido por la fuerza de la gravedad. El retorno venoso adecuado provoca una disminución del edema y una disminución del dolor. En contra, cuando elevamos los miembros inferiores y el paciente tiene patología arterial, la gravedad dificulta aun mas la llegada de sangre arterial a zonas distales de los MMII. Es característico en estos pacientes el descanso con la pierna colgando por fuera de la cama, ya que les produce alivio y disminución del dolor.

8. Con un índice tobillo-brazo de 1:

- a. Podemos comprimir 40 mmHg
- b. Podemos comprimir 20 mmHg
- c. No podemos comprimir
- d. Podemos comprimir ligeramente

Respuesta:

La respuesta correcta es la (a)

En la interpretación de la prueba diagnóstica índice tobillo brazo, un resultado de 1 se considera como normal. Por lo que se descarta patología arterial. Al ser de etiología venosa, permite el tratamiento de terapia compresiva.

En cuanto al tratamiento local de esta UV fue:

Después de haber realizado una valoración tanto del paciente como de la lesión y sabiendo la etiología de la lesión, planificamos un tratamiento a nivel local. En primer lugar, actuamos ante la causa de la lesión "insuficiencia venosa", pautando un tratamiento compresivo multicapas

(Proguide), para favorecer el retorno venoso. A nivel del lecho de la herida, el objetivo es controlar tres barreras que nos encontramos en la lesión: Abundante exudado, alta carga bacteriana y tejido desvitalizado. Aplicamos Cadexomero Iodado, un producto que desbrida, disminuye la carga bacteriana y absorbe exudado, todo en uno. Para proteger la piel perilesional utilizamos un producto barrera (Triple Care Cream). Como aposito secundario, aplicamos un hidrocélular con adhesivo de gel suave, indicado para pieles frágiles (Allevyn Gentle). Las curas en un inicio las pautamos cada 72 horas.



Aplicación cadexomero iodado



Aplicación de crema barrera



Apósito hidrocélular adhesivo gel suave

A los 17 días de evolución, el edema generalizado ha disminuido, el exudado es moderado, el lecho presenta tejido de granulación en un 90% y un 10% de tejido fibrinogeno. Han desaparecido los signos clínicos de infección.

9. Una vez desbridada la lesión y disminuida la carga bacteriana, ¿qué opción de tratamiento sería más eficaz en este caso?

- a. Seguir con el cadexomero iodado, pues las heridas crónicas tienen tendencia a desarrollar tejido no viable en el lecho.
- b. La cura en ambiente húmedo con apósito hidrocélular sería la opción más correcta.
- c. Por riesgo de infección, sería más aconsejable continuar un tiempo con plata nanocrystalina
- d. Aplicar polvos de colágeno para acelerar la cicatrización de esta herida

Respuesta:

La respuesta correcta es la d.

Una vez controladas algunas de las barreras de la cicatrización, el exudado, la carga bacteriana y el tejido desvitalizado. Nos planteamos el objetivo, de seguir incidiendo en la etiología de la lesión, mediante el tratamiento de vendaje multicapa, gestión del exudado, mediante la aplicación de un apósito hidrocélular de adhesivo de gel suave y debido a las características del lecho de la herida, aplicamos apósito de colágeno en polvo (Catrrix) un producto que nos facilita la epitelización.



Aplicación de Colágeno



Aumenta carga bacteriana



Aplicación plata nanocrystalina

Resultados:

A los 14 días, tras dos curas con aposito de colágeno en polvo, aparecen signos locales de infección y se detiene la cicatrización. Dadas las circunstancias cambiamos la pauta de curas. Para disminuir la carga bacteriana, aplicamos aposito de plata nanocrystalina (Acticoat/Argencoat), debido a su liberación de plata sostenida en el tiempo, nos permite espaciar las curas cada cuatro días. En las curas posteriores, se van apreciando la desaparición de los signos clínicos de infección local, como la disminución del exudado. Se inicia de nuevo la cicatrización de la lesión. Por lo que hasta la cicatrización completa de la lesión el 22 de junio del 2011, ocho meses y veinte días después del inicio del tratamiento, la pauta de cura la planteamos, alternando en periodos, de unas tres semanas (tres curas) plata nanocrystalina y otras tres semanas con colágeno en polvo. Durante toda la cicatrización hemos utilizado como aposito secundario un hidrocelular de gel suave (Allevyn Gentle) y para el manejo de la causa de la lesión, el sistema de vendaje compresivo multicapa.



A los 15 días con plata nanocrystalina



Evolución 5 meses Tto.



Cicatrización 22/6/11