


ÚLCERAS VENOSAS EN MIEMBRO INFERIOR EN PACIENTE CON TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA: A PROPÓSITO DE UN CASO

VENOUS ULCERS IN THE LOWER LIMB IN A PATIENT WITH DEEP VEIN THROMBOSIS: A CLINICAL CASE

Autora:  Julia Sellés-Benavent.

Enfermera. Centro de salud de Lliria. Departamento Arnau De Vilanova-Lliria, Valencia (España).

Contacto: juliaselles25@gmail.com

Fecha de recepción: 16/05/2023

Fecha de aceptación: 08/08/2023

Sellés-Benavent J. Úlceras venosas en miembro inferior en paciente con trombosis venosa profunda: a propósito de un caso. *Enferm Dermatol.* 2023; 17(49): e01-e03. DOI: 10.5281/zenodo.8241135

RESUMEN:

Se presenta el caso de un hombre diabético de 49 años con úlceras vasculares de origen venoso, localizadas en el tercio inferior de la cara anterior del miembro inferior izquierdo. Era una lesión recidivante muy exudativa con afectación de la piel perilesional y con antecedente de trombosis venosa profunda. El caso clínico se basa en la descripción del tratamiento, la evolución y destacar la importancia del seguimiento por parte de la enfermera experta para la curación de heridas crónicas.

Palabras clave: Úlcera Varicosa. Úlcera vascular. Vendajes de Compresión. Infección. Proceso curativo. Trombosis Venosa Profunda.

ABSTRACT:

We present the case of a 49-year-old diabetic man with vascular ulcers of venous origin, located in the lower third of the anterior face of the left lower limb. It was a highly exudative recurrent lesion with involvement of the perilesional skin and a history of deep vein thrombosis. The clinical case is based on the description of the treatment, the evolution and highlighting the importance of follow-up by the expert nurse for the healing of chronic wounds.

Keywords: Varicose Ulcer. Vascular Ulcer. Compression Bandages. Infection. Healing Process. Deep Venous Thrombosis.

INTRODUCCIÓN:

La trombosis venosa profunda (TVP) es una enfermedad en la que se produce una obstrucción, total o parcial, del sistema venoso profundo de una extremidad. La localización más frecuente son las venas poplíteas, la femoral y las venas de la pelvis. Afecta a 1-2 personas por cada 1000 y es la tercera causa de mortalidad en los países desarrollados⁽¹⁾.

La clínica más destacable se caracteriza por presentar:

- Tríada clásica: dolor, tumefacción e impotencia funcional de la extremidad afectada.

- Aumento de la temperatura local.
- Coloración eritemato-cianótica.
- Circulación colateral presente.
- Signo de Homans positivo (dolor en la pantorrilla a la flexión forzada del tobillo).

Sin embargo, la clínica sólo está presente en un tercio de los pacientes. Como sistema de predicción clínica se emplean los criterios de Wells⁽²⁾ (**Tabla I**).

Criterio de Wells	Puntuación
Cáncer activo	1
Parálisis o inmovilización reciente de miembro inferior	1
Reposo en cama reciente de más de 3 días o cirugía mayor en el último mes.	1
Dolor en el trayecto venoso profundo	1
Aumento del perímetro de la extremidad afectada más de 3 cm respecto a la contralateral (10 cm por debajo de la tuberosidad de la tibia)	1
Edema con fovea	1
Presencia de circulación colateral superficial (no varices preexistentes)	1
Otro diagnóstico probable o mayor que TVP	- 2

Tabla I. Criterios de Wells. 3 o más puntos: probabilidad alta (75% tendrán TVP); 1-2 puntos: probabilidad media (17% tendrán TVP); 0 o menos puntos: probabilidad baja (3% tendrán TVP).

Para completar el diagnóstico de la TVP es necesario realizar pruebas complementarias como la eco-Doppler. Es la prueba de elección, por no ser invasiva y por su alta sensibilidad y especificidad³; y la determinación del Dímero D, que se eleva en los pacientes con enfermedad tromboembólica⁽⁴⁾.

De entre las complicaciones más frecuentes y graves, se encuentra el embolismo pulmonar, que puede afectar en torno al 30% y 50% de los pacientes con TVP diagnosticada⁽⁵⁾. Otras, como las úlceras venosas, son la causa del 80-90% de las lesiones vasculares⁽⁶⁾.

CASOS CLÍNICOS

El objetivo principal de este artículo fue exponer el tratamiento aplicado a una úlcera vascular de origen venoso. Como objetivos secundarios: destacar la importancia del papel de las enfermeras en la curación de las heridas crónicas.

DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

Antecedentes:

Hombre de 49 años con malformación congénita de la vena cava. Presenta antecedentes de TVP, diabetes tipo II, hipercolesterolemia, fumador activo y niega otros tóxicos.

Exploración:

El paciente acude a consulta de enfermería consultando por una herida en miembro inferior izquierdo (Imagen 1).



Imagen 1. Aspecto inicial de la lesión. (Fuente: imagen propia).

Se aprecia úlcera de origen vascular maloliente, exudativa, con la piel perilesional afectada por la humedad, lecho de la herida friable y escaso tejido necrótico.

Anteriormente, se le ha curado con apósitos de fibras hidrodetersivas, apósitos de hidrofibra, cremas a base de ácido hialurónico y vendaje compresivo con crepé.

Tras realización de Índice Tobillo Brazo (ITB), se descarta etiología arterial al obtener ITB=1,1, diagnosticándose así úlcera vascular de origen venoso.

Plan de cuidados:

Se elabora un plan de cuidados de enfermería (PAE) utilizando la taxonomía NANDA-I⁽⁶⁾, los objetivos de resultado (NOC) y las intervenciones de enfermería (NIC), para una mejor planificación de los cuidados (Tabla II).

DIAGNÓSTICOS NANDA-I	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC
Riesgo de nivel de glucemia inestable (00179) Riesgo de nivel de glucemia inestable, n/c falta de recursos sociales y económicos.	1820- Conocimiento: control de la diabetes. 2300- Nivel de glucemia.	5614- Enseñanza: dieta prescrita 5612- Enseñanza: actividad/ejercicio 0200- Fomento del ejercicio 5616- Enseñanza: medicamentos prescritos
Riesgo de infección (00004) Riesgo de infección, n/c interrupción de la continuidad de la piel.	1842- Conocimiento: control de la infección 1908- Detección del riesgo.	6550- protección contra las infecciones 1804- Ayuda con los autocuidados: aseo.
Deterioro de la integridad cutánea – Úlcera vascular en miembros inferiores (00046.62) Deterioro de la integridad cutánea, n/c circulación alterada, m/p interrupción de la continuidad de la piel.	0305- Autocuidados. Higiene. 1103- Curación de la herida: por segunda intención.	3590- Vigilancia de la piel 1660- Cuidados de los pies 3660- Cuidados de las heridas
Manejo ineficaz del régimen terapéutico (00078) Manejo ineficaz del régimen terapéutico, n/c falta de conocimientos, m/p incumplimiento del tratamiento pautado.	3101- Autocontrol: tratamiento anticoagulante. 1623- Conducta de cumplimiento: medicación prescrita.	4360- Modificación de la conducta 4420- Acuerdo con el paciente 5270- Apoyo emocional

Tabla II. Plan de cuidados. (Fuente: Elaboración propia).

Tratamiento:

Se realiza higiene con clorhexidina jabonosa y solución salina fisiológica (SSF). Posteriormente, el tratamiento tópico será: polihexametileno biguanida (PHMB) en formato gel en el lecho de la herida, crema a base de óxido de zinc en zona perilesional para proteger la piel de la humedad, apósito de espuma de poliuretano sobre el lecho de la herida para absorber el exudado, y vendaje compresivo multicomponente de 40 mmHg. Curas cada 48 h.

Se realiza cultivo microbiológico de la herida con resultado de Staphylococcus Aureus, por lo que el médico le pautó antibioterapia oral. Se le explica al paciente la importancia de seguir el plan de cuidados pautado, así como la necesidad de eliminar hábitos tóxicos como el tabaco, alimentarse de forma saludable, una higiene corporal correcta y realizar ejercicio físico (paseos) para favorecer el retorno venoso.

Seguimiento y evolución clínica:

Se cita al paciente a las 48 h. para valorar adherencia al vendaje compresivo y valorar exudado.

A los 5 días de tratamiento, se puede observar una mejoría notable del lecho de la herida, cambiando por completo su textura y color, que denota una granulación activa. Se continúa con la misma pauta. Tras 11 días, la herida ha disminuido su diámetro (Imagen 2).



Imagen 2. (Izq.) Aspecto de la lesión tras 5 días. (Dcha.) Aspecto de la lesión tras 11 días de evolución. (Fuente: imagen propia).

Durante el seguimiento, en la 4ª semana de tratamiento, al destapar el vendaje observamos que la realización del mismo no ha sido la correcta, pues se ha realizado aplicando una presión excesiva. Se aprecia la pierna amoratada y con algún hematoma ampolloso (Imagen 3). Sin embargo, la lesión inicial está prácticamente resuelta. Al cabo de 4 semanas y 4 días de tratamiento y cuidados, la lesión se resuelve. El paciente recupera su autonomía y calidad de vida (Imagen 3).

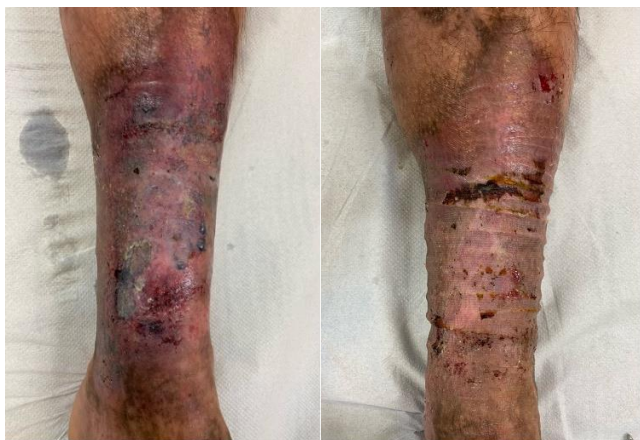


Imagen 3. (Izq.) Aspecto de la lesión tras 4 semanas de evolución y cambios de coloración cutánea por aplicación incorrecta del vendaje compresivo. (Dcha.) Curación de la lesión tras 4 semanas y 4 días de evolución. (Fuente: imagen propia).

CONCLUSIONES:

Durante 3 semanas ha sido necesaria la actuación multidisciplinar del equipo de atención primaria para la curación de esta herida. Es muy importante recalcar el papel de la enfermera en el seguimiento y curación de las úlceras crónicas, y que éste se realice por el mismo profesional sanitario, y no por varios, como sucede en la organización de la labor enfermera “por tareas”.

En este caso particular, el vendaje compresivo multicomponente y la antibioterapia oral, han sido la base del tratamiento para favorecer la curación de esta úlcera.

Dada la importancia del papel de la enfermera en el seguimiento de las heridas en general, y de úlceras crónicas en particular, se hace indispensable la protocolización y actualización de conocimientos de forma rutinaria por parte de los expertos en el campo.

La confianza y el vínculo paciente-enfermera es de vital importancia para detectar lo antes posible estas afecciones en la piel y, así, poder abordarlas de inmediato y evitar diagnósticos tardíos. Esto resulta más difícil en la división del trabajo “por tareas”, en el que el paciente, cada vez que acudiera al centro de salud, sería atendido por un profesional diferente, imposibilitando un buen seguimiento de las heridas crónicas.

CONFLICTOS DE INTERÉS Y FINANCIACIÓN:

La autora declara que no ha habido ningún conflicto de interés y que no ha recibido financiación externa.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Muñoz Rodríguez FJ. Diagnóstico de la trombosis venosa profunda. *Rev Clín Esp.* 2020; 220: 41-39.
2. Wells PS, Anderson DR, Bormanis J, et al. Value of assessment of pretest probability of deep-vein thrombosis in clinical management. *Lancet.* 1997; 350(9094):1795-8.
3. Gabriel Botella F. Reflexiones sobre la enfermedad tromboembólica venosa. *An Med Intern.* 2003; 20(9): 5-10.
4. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. *Medicina de urgencias y emergencias.* 5ª edición. Barcelona: Elsevier; 2015. p. 820-7.
5. Sandoval J, Florenzano M. Diagnóstico y tratamiento del tromboembolismo pulmonar. *Rev Med Clín Las Condes.* 2015; 26: 338-43.
6. Gómez Ayala A. Úlceras vasculares. Factores de riesgo, clínica y prevención. *Farm Profesional.* 2008; 22:33-8.
7. Herdman TH, Kamitsuru S, Takáo C, editoras. *NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2021-2023.* (12ª edición). Barcelona: Elsevier España; 2021.