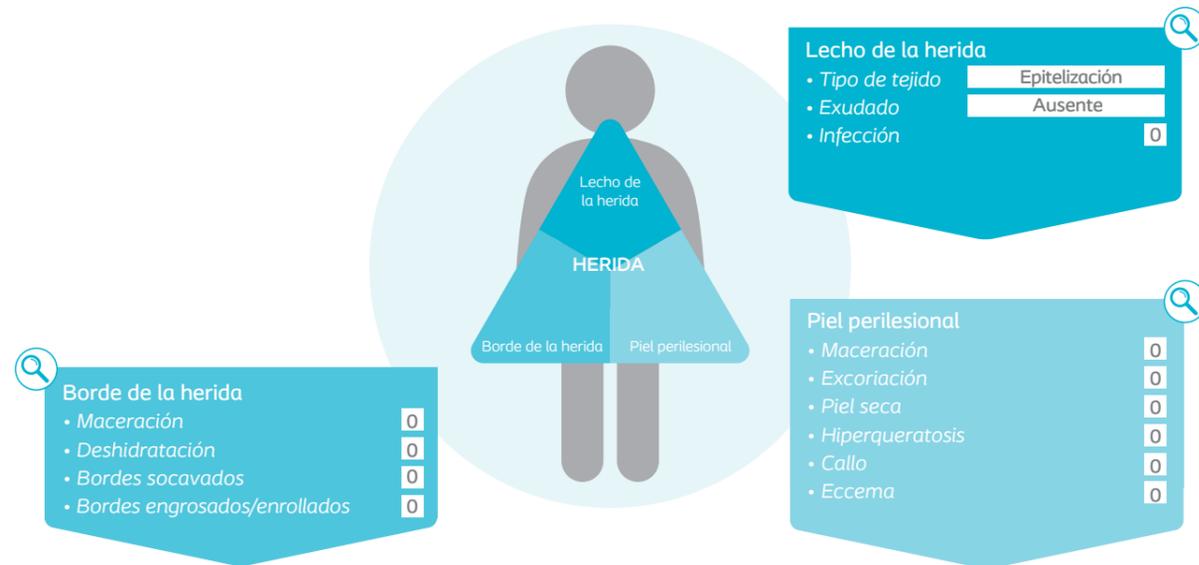


Reevaluación de la herida al final del seguimiento del caso

Para el tipo de tejido y exudado, escriba los hallazgos.
Para el resto, marque "x" si están presentes o marque "0" si están ausentes.



Conclusiones

Con la utilización del **TRIÁNGULO DE EVALUACIÓN DE HERIDAS** se consiguió una completa evaluación del caso, se plantearon los objetivos adecuados y se aplicó un tratamiento correcto.

Biatain® Silicone Sacro en contacto con la herida se conformó al lecho ulceral y gestionó eficazmente el exudado. Resultó muy fácil de colocar por sus tres lengüetas, permitiendo aplicarlo de forma aséptica. Su gran dimensión fue muy adecuada al tamaño de la lesión, actuando como barrera para proteger la piel de la incontinencia. Se adaptó muy bien a la zona anatómica, sin despegarse antes de tiempo. De esa manera se pudo espaciar más el tiempo de las curas y proteger la delicada piel del paciente.

Las cremas barrera evitaron que la lesión perineal empeorara y permitieron que el paciente pudiera recuperarse a pesar de su problema de incontinencia rectal. Los resultados conseguidos han sido excelentes.

Referencias:

1. García-Fernández F, Soldevilla-Agreda J, Pancorbo-Hidalgo P, López-Casanova P, Rodríguez-Palma M. Clasificación - Categorización de las Lesiones relacionadas con la Dependencia. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº II. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño 2014:28
2. García-Fernández F, Soldevilla-Agreda J, Torra Bou, J. Atención Integral de las Heridas Crónicas. 2ª edición. Logroño. GNEAUPP-FSJJ. 2016. (2):213-230

Ostomy Care / Continence Care / Wound & Skin Care / Urology Care

Todos los derechos reservados por Coloplast Productos Médicos, S. A. Condesa de Venadito, 5. 4ª planta. 28027 Madrid. España
www.coloplast.es Coloplast es una marca registrada de Coloplast A/S. © E1996
Para más información sobre el Triángulo de Evaluación de Heridas consulte nuestro blog www.menosdiasconheridas.com



Lesión mixta en sacro

Margarita Poma Villena, Consulta de Enfermería.
Hospital La Luz. Madrid

Introducción

En los últimos años la evolución de las formas de describir las úlceras por presión (UPP) y su categorización han dado lugar a un nuevo modelo teórico. Esta modificación en la clasificación de las heridas que pueden tener los pacientes con algún grado de dependencia ha generado lo que se llama lesiones relacionadas con la dependencia.

Las lesiones relacionadas con la dependencia tienen varios factores causales y de riesgo, lo que pueden producir lesiones mixtas o combinadas que "tienen un abordaje mucho más difícil y con una capacidad de resolución más compleja".

Se pueden definir las lesiones mixtas como aquellas que tienen dos factores etiológicos, en el caso de este paciente serían presión - humedad.

Paciente varón de 97 años de edad con antecedentes de DM tipo 2, HTA, dislipemia, EPOC, Alzheimer, bronconeumonías, con inmovilidad permanente, incontinencia fecal y portador de sonda vesical permanente.

Paciente



Valoración de Braden – Bergstrom (UPP) de alto riesgo. Puntuación 7.
Escala de Barthel (valoración de dependencia) dependencia total. Puntuación 0.
Presenta lesión combinada en sacro: presión (categoría IV)-humedad (categoría II, 2B) con tejido necrótico y bordes enrojecidos, de aproximadamente 20 días de evolución, situación que se agrava tras episodios de continuas diarreas.

Tiene cuidadores que están muy pendientes de él, tiene una total dependencia. Por sus continuos problemas de bronconeumonía aspirativa es necesario mantener en posición fowler para evitarlas.



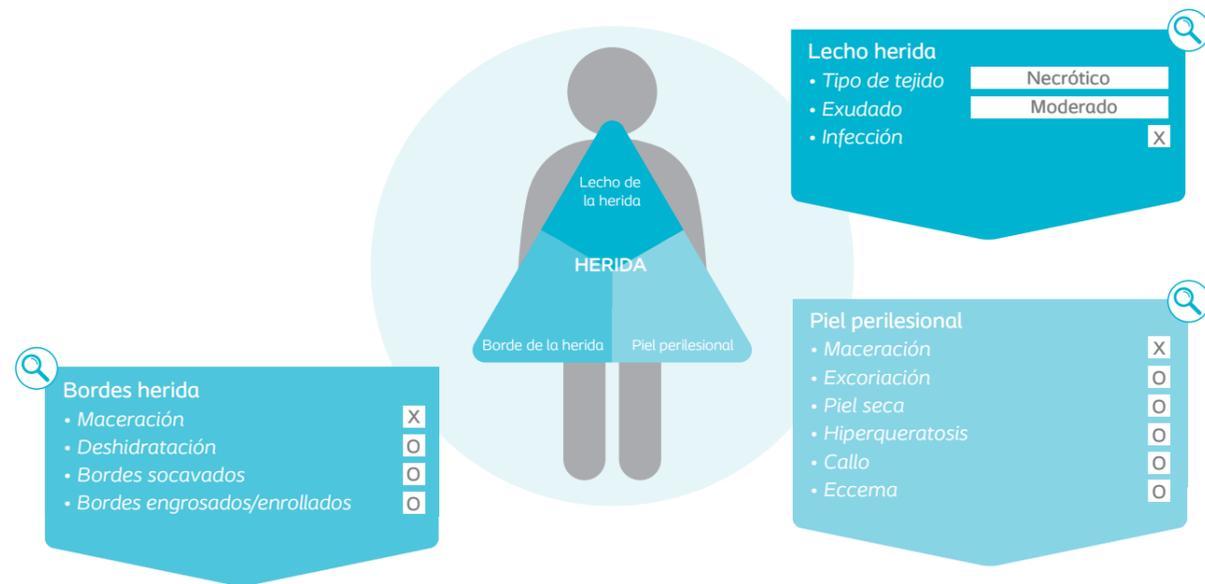
Descripción de la herida



Tamaño de la Lesión	Largo:	150 mm
	Ancho:	120 mm
	Profundidad:	2 mm

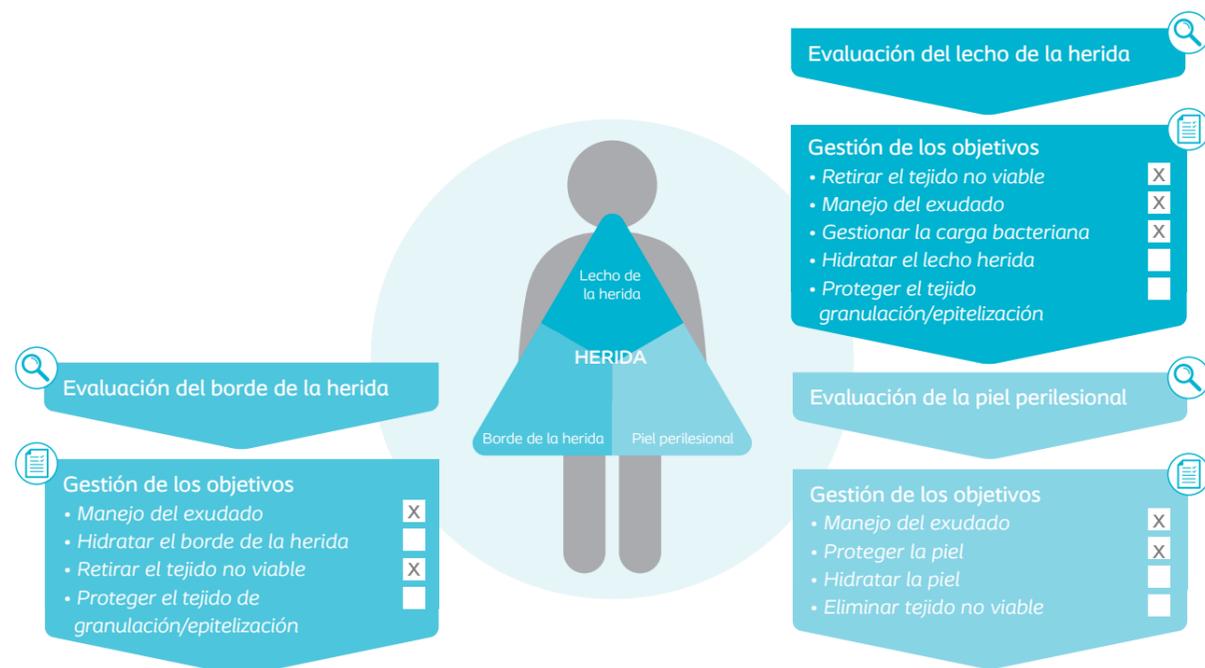


Para el tipo de tejido y exudado escriba los hallazgos
 Para el resto, marque "X" si están presentes o marque con "O" si están ausentes



Gestión de los objetivos

Marque "X" para los objetivos apropiados



Tratamiento

La lesión presenta mal aspecto, el cual está acentuado por las continuas diarreas y el problema respiratorio del paciente. Tiene lesión con fondo necrótico y bordes eritematosos. Tras la evaluación con el **TRIANGULO DE EVALUACIÓN DE HERIDAS** marcamos los objetivos específicos de tratamiento como: eliminar tejido no viable, gestión del exudado, control de la carga bacteriana y protección de la piel perilesional.

El 29 de Noviembre se comienza la cura con fomentos de PHB durante 7 minutos, se limpian bien los bordes, aplicando un spray de barrera cutánea en la piel perilesional. Se utiliza una mezcla de colagenasa y **Purilon® Gel** para desbridar el tejido necrótico y se coloca un apósito **Biatain® Silicone Sacro** de 25 x 25 cm. Inicialmente la zona perineal se protege con crema barrera **Conveen® Critic Barrier** y cuando disminuyó la irritación se pasó a **Conveen® Protact**. En ese momento la pauta de curas era cada 48 horas.

Posteriormente cuando el tejido necrótico desapareció, el 5 de Diciembre, en presencia de tejido esfacelar se modifica la cura; se retiran detritus y esfacelos, colocando **Biatain® Alginate Ag** y **Biatain® Silicone Sacro** de 25 x 25 cm. Se continúa con el spray barrera en los bordes y la piel perilesional, aplicando crema barrera en la zona perineal. La pauta de curas era cada 48 o 72 horas dependiendo del exudado.

En uno de los continuos ingresos hospitalarios por bronconeumonía del paciente, se retiró en quirófano la zona esfacelada que quedaba y se aproximaron los bordes de la lesión, disminuyendo ésta de tamaño. Con un tamaño ya menor, la herida se trató al alta con **Biatain® Silicone** de 15 x 15 cm y con cambio de apósito semanal.

Resultados

La mezcla de colagenasa y **Purilon® Gel** consiguió eliminar el tejido necrótico.

Biatain® Alginate Ag eliminó el aumento de carga bacteriana y controló el exceso de exudado permitiendo acelerar la cicatrización, ya que por las características propias del paciente se preveía una larga evolución con el consiguiente sufrimiento del mismo y de la familia.

Biatain® Silicone Sacro 25x25 cm se adaptó muy bien a la zona sacro coxígea con una fijación segura, reduciendo el número de curas, mejorando la calidad de vida del paciente y disminuyendo la carga asistencial.

Las cremas barreras **Conveen® Critic Barrier** y **Protact** protegieron el borde y la piel perilesional de la incontinencia.

La herida cicatrizó en poco más de dos meses.



05.12.17



05.01.18



06.02.18