

XII Simposio Nacional sobre Ulceras por Presión y Heridas Crónicas



#### ISABEL DE CASTRO

Responsable de la Unidad de Heridas del Hospital General Universitario de Alicante

# PAZ

Responsable de la Unidad de Heridas OSI-Barrualde y supervisora de hospitalización de Cirugía Vascular y Traumatología del Hospital de Galdakao (Vizcaya)



MARIANO BERMEJO

 Responsable de la Unidad de Curas de Cirugía
Vascular del Hospital
Ramón y Cajal (Madrid)



EVA CANO

 Departamento Clínico y de Formación en ConvaTec

## Valencia 2018 28 noviembre

# Paciente **frágil**

## INTRODUCCIÓN

La cicatrización de las heridas en un paciente frágil y crónico presenta unas dificultades añadidas y su éxito dependerá, en gran parte, de la capacidad de los profesionales de enfermería para atender esta condición de fragilidad. De ahí la importancia de compartir experiencias y conocimientos sobre el manejo de las heridas en este tipo de pacientes, cada vez más frecuentes en la práctica clínica diaria. Este fue el objetivo de una sesión científica celebrada el 28 de noviembre de 2018, en el marco del XII Simposio Nacional sobre Úlceras por Presión y Heridas que tuvo lugar en Valencia.

La moderadora de esta sesión fue Isabel de Castro, responsable de la Unidad de Heridas del Hospital General Universitario de Alicante, quien expuso inicialmente la importancia del tema y valoró, sobre todo, el papel que desempeña enfermería, así como la colaboración multidisciplinar, en la cicatrización de las heridas en los pacientes frágiles. Además, efectuó una importante diferenciación en este tipo de enfermos, entre aquellos que presentan fragilidad por sus condiciones personales y médicas y aquellos que por una deficiente atención al cuidado de sus heridas terminan por convertirse en enfermos frágiles.

La sesión, que despertó un destacado interés entre los asistentes al congreso, contó con la colaboración de laboratorios ConvaTec y tuvo un sobresaliente carácter práctico (por la interesante exposición de casos clínicos) e interactivo.



Los símbolos ® y TM indican marcas de ConvaTec Inc.

© 2019 ConvaTec Inc.

Ninguna parte del contenido de la publicación puede ser copiada, utilizada ni ser transmitida, en ningún tipo de soporte, sin la autorización previa de los titulares del copyright.

# ¿QUÉ HACE FRÁGILES A NUESTROS PACIENTES?





#### Paz Beaskoetxea

Responsable de la Unidad de Heridas OSI-Barrualde y supervisora de hospitalización de Cirugía Vascular y Traumatología del Hospital de Galdakao (Vizcaya)

Frecuentemente se asocia el concepto de paciente frágil a una persona de edad avanzada, "pero no siempre es cierto esto, sobre todo porque no todos asimilamos el paso del tiempo de la misma manera", según recordó en su introducción Paz Beaskoetxea, quien aclaró que "la edad cronológica y la biológica no siempre van de la mano".

Con el progresivo envejecimiento de la población mundial, cada vez es más común la presencia de ancianos frágiles. Con este concepto se alude a una realidad caracterizada por la disminución de las reservas fisiológicas y por un mayor riesgo de declinar, lo que coloca al anciano en una situación de mayor vulnerabilidad. Esto condiciona no solo a la persona, sino también a su entorno, ya que presentar fragilidad hace más factible la dependencia de terceros y esto obliga a una restructuración familiar.

Se identifican cerca de una decena de criterios que determinan, en gran parte, la aparición de fragilidad:

- Ser mayor de 80 años.
- Padecer pluripatología.
- Estar sometido a polimedicación.
- La presencia de una patología crónica invalidante.
- Las caídas.
- La existencia de problemas cognitivos o afectivos.
- · Condicionantes sociales adversos (es-

- casos recursos económicos, grupos de exclusión y marginales, etc.).
- Los frecuentes reingresos hospitalarios.

También se conocen bien los principales factores que provocan la aparición de fragilidad y que, en general, son potencialmente corregibles. Entre ellos están:

- · Escaso conocimiento de la patología.
- Dificultad para visualizar los signos de alarma
- Inadecuados tratamientos.

- Mal cumplimiento de los tratamientos.
- Seguimiento no estructurado (alta variabilidad terapéutica).
- Mala comunicación entre los profesionales y los niveles asistenciales.

El paciente frágil es un paciente complejo, y si además desarrolla una herida compleja, el escenario sobre el que debe actuar el profesional sanitario se hace más dificultoso. Pero también se identifica otro escenario en el manejo de las





Foto 1. Heridas complejas en pacientes complejos.

heridas complejas y la fragilidad, como es el protagonizado por una persona que, partiendo de una situación de salud relativamente buena (una persona "sana") y por diferentes factores potencialmente corregibles, pero sobre los que no se ha actuado correctamente, presenta una herida compleja y, a partir de ahí, se convierte en un paciente frágil. "No es aceptable en estos momentos que una persona sana, que por algún motivo sufre una herida compleja

que no es bien curada, se transforme en un paciente frágil", subrayó Paz Beaskoetxea. (Foto 1)

Se considera herida compleja aquella que ha fracasado en su progresión a través de las fases normales del proceso de cicatrización y entra en un estado de inflamación patológico. No se desarrolla de una manera coordinada y se traduce habitualmente en resultados funcionales y anatómicos pobres.

Para abordar con éxito este tipo de heridas es fundamental, antes que nada, "asumir que curamos pacientes y no curamos heridas: para conseguir resolver eficazmente estas lesiones debemos fijarnos en el paciente, abordarlo en su integridad, ya que focalizarnos solo en la herida nos llevará muchas veces al fracaso", aseguró la ponente, quien resaltó la importancia de "hacer una buena anamnesis y exploración física, así como un óptimo diagnóstico".

# **MENSAJE FINAL**

Paz Beaskoetxea abogó por procurar a los pacientes frágiles una óptima calidad asistencial, que "parte de un trabajo en equipo y de carácter multidisciplinar; se nos debe quitar el miedo a trabajar en equipo, ya que nadie sabe más que los profesionales de enfermería sobre la curación de las heridas".

Y es que, recalcó, "la adecuada coordinación de los niveles asistenciales se traduce en una atención sanitaria integral, de calidad, efectiva, segura y capaz de optimizar los recursos".

# A PROPÓSITO DE UN CASO...

Para ejemplificar el modo de abordar correctamente una herida compleja en un paciente frágil, la responsable de la Unidad de Heridas OSI-Barrualde mostró un par de casos clínicos propios.

Hombre de 84 años, con diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, insuficiencia venosa crónica y enfermedad arterial periférica (índice tobillo-brazo: extremidad inferior derecha 0.63, extremidad inferior izquierda 0.7).

Su primer ingreso (19/04/2018) fue en traumatología, para colocarle una prótesis total de rodilla, de la que recibió el alta pocos días después (25/04). Antes de una semana (30/04), reingresa debido a una trombosis venosa profunda izquierda. Tras el alta, en menos de una semana (05/05), tiene que regresar al hospital por una hemorragia digestiva alta, consciente y orientado; en la urgencia realiza una hematemesis franca, con una disminución progresiva de conciencia, y se procede a la intubación orotraqueal. Es trasladado a la UCI, y posteriormente pasa a la planta de digestivo (11/05). Tan solo 4 días después, recibe el alta (15/05). En 3 días se registra un cuarto reingreso hospitalario (18/05), por presencia de febrícula e hipotensión (70/50) con caída ortostática.

### CASO 1









Foto 2. Evolución de los cuidados de la herida con terapia de presión negativa.

¿Por qué sucede esto? Como aclaró Paz Beaskoetxea, "resulta prácticamente inexplicable que nadie, en ninguno de los reingresos que tuvo este paciente, cavese en la cuenta de que al paciente le estaba pasando algo más; cada especialista se había centrado en atender y resolver exclusivamente el trastorno que presentaba en cada reingreso y que era específicamente de su ámbito". El paciente presentaba una infección por úlcera por presión en el sacro y dos úlceras por presión en el talón izquierdo (placa necrótica). Se procedió a un desbridamiento guirúrgico (25/05), donde se evidenció una gran cavidad (hasta plano de fascia preósea). Se obtuvo un cultivo positivo a Enterococcus faecium. Finalmente, el paciente fue dado de alta (31/05) y quedó a cargo de la Unidad de Heridas. (Foto 2)

Como expuso Paz Beaskoetxea, "en la curación de una lesión de estas características es prácticamente inútil trabajar con apósitos, ya que se precisarían curas muy frecuentes". Por eso, en este caso se optó por emplear terapia de presión negativa (TPN) durante un mes. Tras esto, que permitió controlar el exudado y mejorar la herida, se procedió a utilizar AQUACEL® Aq+ Extra, AQUACEL® Extra y AQUACEL® Foam adhesivo (29/06), y a la semana se mantuvo AQUACEL® Aq+ Extra y AQUACEL® Foam (05/07). De esta forma, afirmó esta experta, "comprobamos cómo la evolución de las lesiones es fantástica, con una disminu-

ción del tamaño de la lesión y del exudado", además, matizó, "nuestra elección de apósitos se modificó al cabo del tiempo, adaptándonos a la evolución de la lesión, apostando en la última fase de curación por los apósitos Foam LiteTM ConvaTec (11/10)". (Fotos 3 a 5)





Aguacel Foam Adhesivo



· Aquacel Ag







· Aquacel Foam Lite

· Aquacel Foam Adhesivo

Fotos 3 a 5. Evolución de la herida con el empleo de apósitos con tecnología Hydrofiber<sup>®</sup>.

Persona que, partiendo de un buen estado de salud, tras sufrir una herida compleja y debido a un mal abordaje, termina por transformarse en un paciente frágil.

Se trata de un hombre de 57 años que como principal trastorno de salud presentaba dislipidemia, tratada con simvastatina. Es exfumador (desde febrero de 2016; fumaba 1,5 paquetes/día) v tenía signos de insuficiencia venosa crónica con dermatitis ocre severa en extremidad inferior. Presenta una lesión desde octubre de 2016, con empeoramiento progresivo y cultivos positivos a Pseudomonas aeruginosa y Staphylococcus aureus, habiendo tomado varios ciclos de antibióticos. El 29/12/2016 se documenta un cultivo positivo a P. aeruginosa multirresistente.

### CASO 2

El paciente acude a la Unidad de Heridas en marzo 2017 derivado desde consultas externas de cirugía vascular por presentar lesiones en la extremidad inferior derecha de etiología venosa, de gran superficie, muy dolorosas, con tejido fibrinoso y exudado muy abundante y verdoso. El paciente se queja de dolor (provocado en gran parte por el exceso de exudado) y se muestra cansando de las curas, no tolerando ni los apósitos con plata ni el vendaje compresivo (se realizaba vendaje de crepé). Estaba recibiendo curas diarias en el centro de salud desde diciembre de 2016 y recibe gentamicina por vía intramuscular cada 12 horas.

En la Unidad de Heridas se recoge muestra para cultivo y se inicia la cura con AQUACEL® Ag+ Extra, AQUACEL® Extra y AQUACEL® Foam no adhesivo. Se aplica crema de óxido de zinc y se realiza vendaje compresivo de Urgo K2. La primera valoración se efectúa a las 72 horas (20/03). El cultivo es positivo para S. aureus y enterobacteria. Se opta por realizar una interconsulta con el servicio de enfermedades infecciosas (20/03). El paciente ingresa el 22/03 en el hospital de día para colocación de línea media (antibioticoterapia + analgesia) y ser llevado por el servicio de hospitalización a domicilio. Se mantiene la misma pauta de tratamiento y se establecen curas dos veces por semana. El 10/04 se registra su ingreso en urgencias, debido a una hemorragia digestiva alta con repercusión hemodinámica y anemización grave

secundaria a dos úlceras (gástrica y duodenal), provocadas por un efecto gastroerosivo medicamentoso (administración prolongada de antibióticos y analgésicos).

En este contexto, se inició el proceso de cicatrización de la herida con apósitos con tecnología Hydrofiber®: AQUACEL® Extra + AQUACEL® Foam no adhesivo + vendaje compresivo. Se fijaron curas semanales, con las que se evidenció una mejoría progresiva de la herida, hasta lograrse la cicatrización total (28/12/2017). (Fotos 6 a 8)



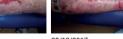












Fotos 6 a 8. Evolución de la lesión hacia la cicatrización con el empleo de apósitos con tecnología Hydrofiber®.

# **ALGUNOS EJEMPLOS DE FRAGILIDAD**





**Mariano Bermeio** 

Responsable de la Unidad de Curas de Cirugía Vascular del Hospital Ramón y Cajal (Madrid)

Comunicación, profesionalidad. trabajo en equipo y atención personalizada son algunos de los fundamentos que están detrás de una buena atención de las heridas complejas en personas frágiles.

Como aportación práctica para aprender a abordar estas lesiones, el responsable de la Unidad de Curas de Cirugía Vascular del Hospital Ramón y Cajal, Mariano Bermejo, detalló la forma de actuar en algunos casos clínicos representativos. En concreto,

expuso su forma de abordar problemas planteados por pacientes que acuden a su consulta y que son frágiles pero que, cambiando algunos factores modificables básicos, podrían no estar incluidos dentro de esta categoría.

## Inmigrante, 80 años, herida de 20 años de evolución

Se trata de un varón de 80 años, inmigrante afincado en España, que mostraba una herida en la pierna de 20 años de evolución. Había experimentado una gran variabilidad de tratamientos, se había realizado una mala compresión, el paciente mostraba desconfianza sobre las soluciones que podían aportarle los profesionales sanitarios e, incluso, se había sometido a curas alternativas. Tanto él como su familia manifestaban una acusada desesperación por no hallar respuestas eficaces ante esta situación.

Aplicar terapia de compresión fue también un factor determinante para lograr la cicatrización de un caso realmente complejo y de una larga trayectoria.

En este contexto, el plan de abordaje, y la solución al problema, se sustentó en:

- Recuperar la confianza.
- Planificar objetivos.
- Explicar los tratamientos.
- Potenciar la evolución.
- Proteger la zona perilesional
- Implementar una terapia de compresión, basada en el empleo del dispositivo de presión negativa Avelle™.











Foto 1. Evolución con el sistema de TPN Avelle™ de paciente de 80 años, con herida de muy larga evolución que ha fracasado a tratamientos previos.

### Mujer, 50 años, insuficiencia venosa, malos hábitos

Es, por ejemplo, la situación planteada por una mujer de 50 años, con insuficiencia venosa en una extremidad inferior. de 2 años de evolución, fumadora, de profesión camarera (lo que la obliga a permanecer mucho tiempo de pie y le procura una dieta poco adecuada) y obesa.

La situación de la paciente se había agravado porque seguía tratamientos inadecuados, mostraba un desconocimiento de su patología, tenía desconfianza en los profesionales sanitarios, mostraba cierta resignación ante la presencia de la herida y mantenía hábitos tóxicos. Por lo tanto, como indicó el ponente, "era necesaria una valoración integral", por presencia de febrícula e hipotensión (70/50) con caída ortostática.

Ante la imposibilidad de lograr cambios significativos en su condición laboral y en sus hábitos de vida (dieta, cambio de trabajo, pérdida de peso, etc.), la solución se asentó en la adopción de 5 medidas básicas:

- 1. Ganarse la confianza de la paciente.
- 2. Establecer un tratamiento estructurado.
- 3. Fomentar la educación sanitaria.
- 4. Efectuar una revaluación periódica del tratamiento.
- 5. Instaurar una terapia de compresión de doble capa.

Se fijaron curas locales, basadas en el empleo de la espuma con hidrofibra de hidrocoloide con Foam, con una hidratación adecuada de la pierna (emulsión de ácidos grasos hiperoxigenados [AGHO]). Además, se le hizo una serie de recomendaciones básicas. (Foto 2)

- Caminar diariamente.
- Evitar la bipedestación prolongada.
- Reducir/evitar hábitos tóxicos: beber con moderación, reducir el consumo
- Alimentación equilibrada: sin picoteo en el bar.









Foto 2. Evolución de una paciente de 50 años con insuficiencia venosa y hábitos tóxicos.

### Varón, 78 años, pluripatológico y con insuficiencia venosa crónica

Un procedimiento similar se ha llevado a cabo en un varón de 78 años, con pluripatología, polimedicado y con una insuficiencia venosa crónica, que acude a la Unidad por la presencia de una úlcera vascular de 6 semanas de evolución. Había seguido diversos tratamientos y se había puesto en manos de distintos profesionales que le habían realizado recomendaciones

diferentes.

Ante esta situación, se opta por iniciar un tratamiento local, basado en el empleo de AQUACEL® Extra, silicona, gasas, emulsión de AGHO y terapia de compresión de doble capa. La mejoría se obtiene gracias a que se establece un protocolo básico de actuación, basado en:

- Fomentar la confianza en el profesional.
- Establecer un tratamiento estructurado.
- Revaloración periódica.
- Explicación clara de objetivos y tratamientos.
- Y, sobre todo, aplicación de una terapia de compresión.







Foto 3. Evolución de un paciente de 78 años con insuficiencia venosa crónica que ha fracasado a tratamientos previos.

# **OTRAS ÚLCERAS NO VASCULARES**

Al margen de estas úlceras de origen vascular, Mariano Bermejo mostró su modo de actuación en otro tipo de heridas.

Así, presentó el caso de una paciente de 83 años, con insuficiencia venosa crónica, hipertensión arterial, artrosis y una úlcera vascular en la extremidad inferior producida por un traumatismo. Sin embargo, es tratada por este experto debido a una guemadura en el miembro superior izquierdo por escaldadura. Es una lesión superficial, de grado 2, que es tratada con AQUACEL® Aq+ Extra, con el que la paciente evoluciona de forma satisfactoria. Como recomendación práctica, aplicada en este caso, el ponente aconsejó "recortar el apósito según se desprende de la piel, así como aplicar AGHO en emulsión en la piel cicatrizada". A su juicio, "un factor esencial para alcanzar el éxito en este caso ha sido la confianza que le hemos dado a la paciente, evitando la variabilidad de tratamientos a lo largo del tiempo y apostando por recursos que han demostrado sobradamente su eficacia". (Foto 4)









Foto 4. Evolución de una paciente de 83 años, con insuficiencia venosa crónica en extremidad inferior y quemadura de segundo grado en brazo.

Sin embargo, en la práctica clínica también empieza a ser frecuente el manejo de heridas en pacientes especialmente frágiles y deteriorados, en los que tan solo se pueden aplicar medidas paliativas. Es el caso de pacientes añosos, muy frágiles, con deterioro cognitivo, con isquemia, encamados. "En estas situaciones, debemos ser realistas y no esperar la cicatrización, pero sí podemos hacerles la vida más fácil, aplicando curas regulares y con la ertinente analgesia", afirmó el enfermero de la Consulta de Cirugía Vascular y Unidad de Pie Diabético del Hospital Universitario Ramón v Cajal, quien también aludió a las dificultades adicionales que presenta el manejo de heridas en pacientes con pieles frágiles (dermatoporosis, dermatitis). (Fotos 5 y 6)





**Fotos 5 y 6.** Ejemplos de casos en los que la cicatrización resulta prácticamente imposible.

Pero también se atienden con cierta asiduidad casos que han fracasado a terapias previas por haber sido sometidos a tratamientos realmente inadecuados, porque se ha vendado mal o porque revelan un escaso conocimiento patológico por parte de los profesionales que los atienden. "Estos son los que, sin duda, debemos evitar a toda costa o, en el peor de los casos, detectar precozmente e introducir los cambios pertinentes para revertir la situación", sentenció el conferenciante. (Fotos 7 a 9)

#### PACIENTES FRÁGILES Tratamiento inadecuado



¿VENDAJES FRÁGILES



¿VENDAJES FRÁGILES? Escaso conocimiento patológic



Fotos 7 a 9. Ejemplos de mala praxis.

# MENSAJE FINAL

Mariano Bermejo aconsejó "hacer una valoración integral del paciente y, sobre todo, ver más allá de las heridas. Hay que ser consecuentes con el paciente, hacerle reír si acompañantes). Y, además, se debe evitar por todos los medios la variabilidad en el tratamiento, fomentar el trabajo en equipo y apostar por la prevención".

# EL PACIENTE CON PIE DIABÉTICO Y SU FRAGILIDAD



**Eva Cano**Departamento Clínico y de Formación en ConvaTec

Las personas con diabetes son, en muchos casos, pacientes frágiles que tienen un mayor riesgo de sufrir trastornos tales como el denominado pie diabético. La diabetes, como resaltó en la introducción de su conferencia la podóloga Eva Cano, se ha erigido en un problema de salud pública a nivel mundial, y ha pasado a ser considerada como una verdadera epidemia silenciosa en el siglo XXI.

En el año 2013 se estimaba que en el mundo había más de 382 millones de personas con diabetes; sin embargo, las previsiones de futuro aún son más preocupantes y se calcula que para el año 2035 habrá en todo el mundo 592 millones de personas con esta enfermedad (lo que supone un aumento del 55% respecto a las cifras de 2013). Además, se ha de tener en cuenta que las personas con diabetes tienen un riesgo aumentado de desarrollar problemas graves de salud y, de hecho, se sabe que una diabetes mal controlada conduce a numerosas complicaciones graves y reduce significativamente la esperanza de vida. Como recomendación general, "es necesario introducir cambios en este ámbito, apostando por una gestión eficaz de esta enfermedad, lo que requiere una colaboración entre la persona con diabetes y los profesionales de la salud", aseguró la representante de ConvaTec en este simposio.

Se estima que al menos 1 de cada 6 pacientes con diabetes presentará un mal perforante plantar (úlcera en la extremidad inferior). Cada año aproximadamente 4 millones de personas con diabetes desarrollan una úlcera y estas desencadenan o preceden a gran parte (85%) de las amputaciones. La situación resulta especialmente preocupante en España, que se ha situado como el segundo país del mundo con más amputaciones a causa de la diabetes de tipo 2. En concreto, en pacientes con diabetes tipo 2 se ha observado, en un estudio realizado en España a nivel nacional, un aumento significativo de amputaciones menores y mayores de miembros inferiores (9,2-10,9 v 7.1-7.4 por 100.000 personas, respectivamente). Existe un alto riesgo de desarrollar pie diabético si el paciente presenta alguna de estas manifestaciones: úlcera previa, pérdida de la sensibilidad, deformidad en el pie o compromiso circulatorio.



Ante un paciente con pie diabético que refiere una herida, es preciso desplegar una serie de medidas exploratorias. Se debe efectuar una buena palpación de pulsos y un índice tobillo-brazo.

A partir de esta base, y desde el punto de vista del abordaje de las heridas asociadas con el pie diabético, se precisan medidas efectivas y decididas en tres ámbitos diferentes: las descargas, el control de la carga bacteriana y la gestión del exudado. (Foto 1)

Actualmente, se identifican tres obstáculos que deben abordarse para optimizar el maneio de las heridas: el exceso de exudado, la infección y el biofilm. En relación con el exudado, se asume que, si bien es necesario un ambiente húmedo para cicatrizar las heridas, un exudado mal abordado puede retardar la cicatrización, evitando la proliferación celular, disminuyendo la disponibilidad

# ABORDAJE PACIENTE CON PIE DIABÉTICO DESCARGAS **GESTIÓN** DEL EXUDADO The International Journal of lower extremity Wounds

Foto 1. Los tres pilares del abordaje de las heridas en el paciente con pie diabético.

#### LOS TRES PILARES DEL ABORDAJE DE LAS HERIDAS

de los factores de crecimiento o dañando la matriz extracelular del huésped. Respecto a la infección, se sabe que es inevitable que las heridas contengan microorganismos, pero a menudo no tienen efectos periudiciales: sin embargo, en algunos casos. estos microorganismos pueden multiplicarse, invadir y dañar los tejidos del huésped, lo que retrasa la cicatrización y, en última instancia, causa una enfermedad sistémica. Por su parte, el biofilm también adquiere una relevancia trascendental en el proceso de cicatrización de las heridas; este se forma cuando los microorganismos se unen a una superficie o entre sí v secretan sustancias poliméricas extracelulares protectoras (lo que les permite seguir proliferando en su interior y obstaculizar el efecto de medidas externas, como el empleo de apósitos con agentes antimicrobianos). (Foto 2)



Foto 2. Formación del biofilm.

#### **SOLUCIONES**

Ante esta situación, en los últimos años se han tratado de idear medidas creativas e innovadoras, capaces de superar los tres principales obstáculos que impiden o ralentizan la cicatrización de las heridas.

En este contexto, según comentó Eva Cano, "destaca el apósito AQUACEL® Aq+ Extra", que combina dos tecnologías que actúan de forma sinérgica para combatir los problemas que plantean el exceso de exudado, la presencia de infección y la existencia de biofilm.

La tecnología Hydrofiber® absorbe y retiene el exceso de exudado para ayudar a crear un ambiente de cura ideal. Por su parte, como explicó Eva Cano, "la tecnología Ag+ es una formulación única con plata que rompe el limo del biofilm exponiendo las bacterias, elimina un amplio espectro de bacterias (incluyendo las multirresistentes, gracias a la acción de la plata) y previene la reformación del biofilm". Estos efectos han hecho posible, resaltó esta experta, que "actualmente diversos documentos de consenso aconsejen, en el tratamiento de las heridas que contienen biofilm, la incorporación de un apósito antimicrobiano apropiado con agentes antibiofilm, como el apósito AQUACEL® Ag+ Extra". (Foto 3)

Gran parte del beneficio diferencial de AQUACEL® Aq+ Extra se debe a la hidrofibra del apósito, capaz de absorber y mantener en su interior todos los elementos que se van extravasando del exudado. En concreto, se ha comprobado cómo el exceso de exudado y los mi-



Foto 3. Indicación de Aguacel Ag+ Extra en el manejo de heridas con biofim.

croorganismos expuestos, el biofilm, se adhieren al apósito AQUA-CEL® Aq+ Extra a través del proceso de gelificación de absorción y mecanismo de bloqueo de la tecnología Hydrofiber<sup>®</sup>.

Esto se asocia directamente con otro efecto clave para la consecución de una óptima cicatrización de las heridas, como es la gestión del exudado (es decir, tanto la absorción como la retención del exudado). El apósito AQUACEL® Foam dispone de una capa superior protectora que permite un índice controlado de evaporación de la humedad; dispone también de una almohadilla de espuma blanda que absorbe el exceso de fluido; la capa de AQUACEL® formadora de gel es la encargada de bloquear el exudado y de mantener un ambiente de cura húmedo; además, dispone de un reborde adhesivo de silicona.

Una de las ventajas adicionales de este apósito, a juicio de la ponente, es su versatilidad. "Sus indicaciones son múltiples y se puede adaptar a todo tipo de localizaciones en el cuerpo humano (dedos, tobillo, sacro, etc.); además, se puede emplear en diferentes tipos de heridas, como apósito primario o secundario, y ya sea solo o en combinación con otras opciones terapéuticas", resaltó.

Diferentes estudios han puesto de relieve la excelente capacidad de retención bajo compresión del apósito AQUACEL® Foam. En estudios in vitro, y en comparación con el apósito hidrocelular con estructura trilaminar o el apósito multicapa autoadherente con silicona, se evidencian importantes beneficios de AQUACEL® Foam. En concreto, se ha comprobado que el apósito AQUACEL® Foam retuvo una solución de cloruro de sodio y calcio que contenía colorante alimentario de color azul bajo 40 mmHg de compresión, algo que no hicieron el resto de los apósitos de espuma evaluados. (Foto 4)

## EVIDENCIA DEL APÓSITO AQUACEL™ FOAM

Estudio de retención bajo compresión



AQUACEL™ foam



In vitro

En este test in vitro, el apósito AQUACEL™ foam retuvo una solución de clorito de sodio y calcio conteniendo colorante alimentario de color azul bajo 40 mmHg de compresión. El resto de apósitos de espuma no retuvieron la solución.

Foto 4. Efecto de distintos apósitos sobre la retención bajo compresión.

Como muestra del funcionamiento de AQUACEL® Foam, y de su excelente capacidad para gestionar el exudado, Eva Cano mostró a los asistentes los resultados de un experimento casero. La responsable del Departamento Clínico y de Formación en ConvaTec efectuó una comprobación sobre la absorción y retención de líquido de este apósito, comparándolo con otro de uso común. Llevó a cabo un análisis biomecánico en dinámica y en estática, con el que se comprobó que el apósito de espuma (a diferencia de lo que a menudo se cree) no favorece más las descargas. Además, se valoró la gestión del exudado en la extremidad inferior izquierda con AQUACEL® Foam y en la extremidad inferior derecha con un apósito de espuma convencional. Los resultados evidencian una nula pérdida o derrame de líquido con el apósito de ConvaTec. a diferencia de lo observado con el apósito convencional de espuma. (Foto 5)



Foto 5. Comparación de la gestión del exudado.

14



## "El tratamiento de las heridas en el paciente frágil interesa, preocupa y ocupa a muchos profesionales de enfermería".

Como moderadora de este simposio, ¿cuáles señalaría como los principales mensajes a destacar a partir de las diferentes aportaciones realizadas por ponentes y asistentes?

En primer lugar, ha quedado claramente de manifiesto que el tratamiento de las heridas en el paciente frágil es un tema que interesa, preocupa y ocupa a muchos profesionales de enfermería, erigiéndose en un aspecto clave en la atención sanitaria que dispensamos a nuestros pacientes. Además, se ha comprobado, una vez más, que todas las enfermeras que trabajamos en este ámbito tenemos unas ideas, objetivos, problemas y preocupaciones similares; todas apostamos por hacer un abordaje integral, profesional y óptimo de las heridas crónicas.

# ...Poniendo siempre el foco en el paciente, ¿verdad?

Así es, y ese ha sido otro de los aspectos que hemos destacado. No debemos fijarnos únicamente en la herida, sino que tenemos que poner el foco en el paciente, haciendo una valoración integral. En esa misma línea, hemos subrayado la importancia de hacer una correcta trazabilidad de los casos, trabajar en equipo, saber derivar y hacer todo lo posible para evitar la variabilidad en los tratamientos. En cualquier caso, creo que, en general, lo estamos haciendo bien, cada vez mejor.

## Un paciente crónico ¿es un paciente frágil?

Sí, generalmente así es. Sin embargo, es importante recalcar que el paciente crónico no necesariamente debería terminar siendo un paciente frágil, pero la realidad nos invita a pensar que casi siempre terminan por ir de la mano la cronicidad y la fragilidad.

#### ¿A qué se refiere exactamente?

Estoy pensando, sobre todo, en esos pacientes que, a pesar de partir de una situación de salud aceptable o relativamente buena, por el hecho de sufrir una herida compleja que no es bien tratada, termina por convertirse en un paciente frágil. Debemos evitar, por todos los medios, que el propio sistema sanitario y la labor asistencial contribuyan a provocar esta situación. En cualquier caso, lo que sí parece claro es que prácticamente todas las personas de edad muy avanzada son pacientes frágiles, por lo que es necesario extremar todas las medidas que adoptemos en relación con el tratamiento de sus heridas.

### Con todo, lo que parece claro es que una herida compleja no bien abordada es un factor de riesgo determinante en el riesgo futuro de aparición de fragilidad, ¿no cree?

Sí, sin duda, y por eso es importante tomar conciencia sobre la importancia de hacer bien la labor de abordaje de estas heridas, así como de conocer bien su etiología, curso evolutivo, posibles complicaciones, etc. La herida compleja puede ser el factor desencadenante de un peligroso círculo vicioso, que debemos saber identificar y detener. Por eso, la formación en este campo es vital.

### A su juicio, ¿cuáles serían las claves para no aumentar la fragilidad de los pacientes con heridas complejas y crónicas?

Aparte de lo lógico, como es controlar el exudado, evitar el biofilm y la infección e implementar óptimos cuidados de la piel perilesional, tenemos que aprender a derivar precozmente aquellos casos más complejos o en los que valoremos que la intervención coordinada con otro profesional va a aportar un beneficio claro para el paciente. Los profesionales de enfermería somos los que más sabemos del tratamiento de las heridas, pero hay lesiones que se estancan y nos cuesta comprender que la intervención de otro colega pueda arrojar importantes beneficios para el paciente; en ocasiones, debemos ser más humildes y echar mano de la derivación a otros especialistas. Si favorecemos el contacto entre la atención primaria y la especializada en el manejo de las heridas, evitaremos que muchas heridas empeoren o prolonguen innecesariamente su tiempo estimado de curación. En este contexto, considero también esencial la creación de equipos multidisciplinares o de unidades específicas para el tratamiento de las heridas.

# ¿Cómo llegar a la cicatrización de la lesión en las mejores condiciones?

Para lograr este ambicioso objetivo, hay que atender a muchas cosas. Hay que valorar al paciente en su conjunto, y no solo focalizarnos en la herida; hay que escoger la técnica de cura más apropiada para cada caso y con la que el profesional sanitario responsable del tratamiento se sienta más cómodo; también es indispensable conocer bien todos los apósitos actualmente disponibles; se debe evitar la infección y evaluar su posible presencia, identificando los microorganismos causantes de la misma; hay que evitar los biofilms y, si hay, emplear los recursos que han demostrado su eficacia para hacer frente a ellos.

# ¿Qué están aportando en este ámbito los recursos de terapia de presión negativa?

Mucho. Entre otros beneficios, la terapia de presión negativa ha demostrado que favorece de forma extraordinaria la cicatrización de las heridas cavitadas. Cada día disponemos de más evidencias científicas que avalan las ventajas que aporta este recurso, lo que confirma que el presente y futuro cercano del tratamiento de las heridas complejas pasa por aquí. Además, y aunque su coste unitario puede parecer caro, sabemos ya con certeza que nos ahorra mucho, evitando complicaciones y costes asociados, y mejorando sustancialmente la calidad de vida del paciente.

# **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Tras la finalización de las conferencias, se procedió a discutir e intercambiar opiniones entre los ponentes y los asistentes. De este fructífero diálogo, y como epílogo del simposio, se extrajeron algunas conclusiones básicas:

- » El tratamiento de las heridas en pacientes frágiles pasa, necesariamente, por hacer una valoración integral del afectado/a.
- » No se curan heridas, se curan pacientes.
- » Hay que hablar con los pacientes, explicarles qué tienen, cómo se pueden abordar sus lesiones y qué cabe esperar de la atención que van a recibir.
- » Hay que individualizar el abordaje de las heridas en pacientes crónicos y frágiles.
- » Gran parte de los pacientes crónicos son, o terminarán siendo, frágiles.
- » Un mal vendaje y/o una inadecuada elección de apósitos puede ser, en muchos casos, más negativo que no hacer nada.
- » Se debe evitar la variabilidad terapéutica en el manejo de las heridas.
- » Es indispensable el trabajo en equipo y mejorar la colaboración entre niveles asistenciales.
- » Se deben consensuar, entre atención primaria y atención especializada, criterios para hacer una derivación más rápida y eficaz de pacientes frágiles con heridas complejas; hay que superar el miedo o las reticencias frente a la derivación.
- » Ningún profesional sabe más sobre el cuidado de las heridas que el profesional de enfermería, pero hay que ser modestos y reconocer cuándo es necesaria la colaboración de otros profesionales y efectuar la derivación de aquellos casos más complejos o que planteen dificultades añadidas.
- » Subsiste un déficit de formación en el cuidado de las heridas; se debe incentivar la formación en este ámbito, especialmente en pregrado.
- » Se dispone de nuevos recursos y tecnologías que ayudan a superar los tres principales obstáculos en el manejo de las heridas: el control del exudado, la presencia de infección y el manejo del biofilm.
- » El biofilm está presente en un elevado porcentaje de heridas crónicas; se calcula que está presente en cerca de un 80% de las heridas crónicas, lo que puede dificultar extraordinariamente su cicatrización.
- » Es un error hacer estimaciones de costes evaluando únicamente el precio unitario de los recursos empleados para procurar el tratamiento de las heridas; se debe hacer una valoración global, teniendo en cuenta estos costes, pero también calculando los ahorros finales que se logran. En la elección del apósito se debe valorar la relación coste-beneficio global.

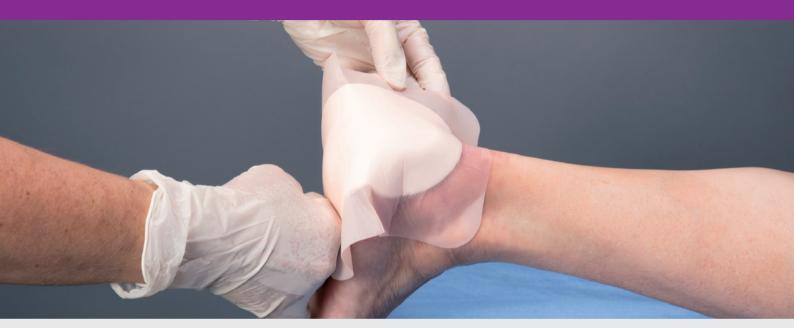






# Preparado para cuidar

El apósito de espuma completo con la capa de contacto de AQUACEL® potenciado con la tecnología Hydrofiber®.



Con el apósito AQUACEL® Foam puede beneficiarse de las siguientes caracterísiticas:





El adhesivo no se adhiere a los guantes o a sí mismo





El paciente se puede duchar1



Barrera antibacteriana y antiviral11



recomendado máximo 7 días



Suave, agradable, flexible y adaptable



Efectivo frente a compresión<sup>2</sup>

\* Tal y como demostrado in vitro. † Por favor refiérase al prospecto de producto del apósito AQUACEL® Foam para las instrucciones de uso completas





