

Uso de una capa de contacto de silicona y un apósito de espuma no adhesiva

RESUMEN

Los hematomas de las extremidades inferiores son heridas traumáticas que pueden tener consecuencias graves y a menudo debilitantes, especialmente en los ancianos. La curación de heridas puede prolongarse debido a múltiples factores, entre ellos los comportamientos perturbadores del consumidor derivados de una mala cognición por demencia.

Este estudio de caso describe el tratamiento de un anciano con demencia ingresado en una residencia de ancianos que sufrió un hematoma extenso que dio lugar a una herida compleja. El tratamiento de heridas se realizó con arreglo a las restricciones locales impuestas por la COVID-19.

Se hace hincapié en la importancia de utilizar marcos holísticos de evaluación de heridas y enfoques basados en la evidencia para el tratamiento de heridas con el fin de lograr resultados positivos en la curación de heridas.

Palabras clave Hematoma, elección de productos, cuidados de ancianos, demencia, evaluación de heridas

Como referencia Carter H, Prentice J. Use of a silicone contact layer and non adhesive foam dressing. WCET® Journal 2024; 44(3):20-25.

DOI <https://doi.org/10.33235/wcet.44.3.20-25>

Introducción

Los hematomas subcutáneos secundarios a traumatismos son frecuentes en ancianos¹ y Megson (2011)² los define como "... una extravasación de sangre fuera de los vasos sanguíneos". La sangre se acumula en los tejidos subcutáneos o en los espacios intramusculares y se presenta como una colección de sangre elevada de color rojo oscuro/negro que sobresale por encima de la superficie de la piel.^{3,4} Los hematomas de gran tamaño pueden ejercer una presión significativa que supera la existente dentro de los capilares dérmicos y subdérmicos, lo que puede precipitar la necrosis de la piel suprayacente.³ El tratamiento de los hematomas depende del tamaño del hematoma y del estado de salud de la persona. Los hematomas más pequeños pueden reabsorberse fácilmente. En el caso de hematomas grandes o muy grandes, la evaluación del hematoma debe determinar si puede tratarse de forma conservadora con apósitos y curarse por segunda intención si se produce una evacuación local o si puede ser necesaria una evacuación quirúrgica inmediata.⁴ Los medicamentos, como los anticoagulantes y los corticoides, aumentan el riesgo de que una persona desarrolle un hematoma concomitante cuando se ha

producido un traumatismo por objeto contundente.^{1,4,5}

Existe una relación inversa entre la edad avanzada, la demencia y las caídas, que aumenta el riesgo de las personas mayores de sufrir heridas en las extremidades inferiores. Además, las personas con demencia, pérdida de memoria y deterioro cognitivo pueden no comprender las instrucciones para el tratamiento de heridas o agitarse con los procesos de vendaje y rechazar los cuidados ofrecidos.^{6,7}

La evaluación de las heridas es fundamental para las estrategias iniciales y continuas de tratamiento de heridas y para la evaluación de su curación. Dos marcos de evaluación de heridas comúnmente utilizados son el Triángulo de evaluación de heridas⁸ y la Preparación del lecho de la herida.⁹ En conjunto, los elementos de estos paradigmas describen cómo evaluar a una persona y su herida, determinar las características de la herida y de la piel periherida, comprender los factores que pueden perjudicar o favorecer la curación de heridas y debatir las estrategias de tratamiento de heridas pertinentes utilizando un enfoque interprofesional.

En este estudio de caso se analiza el tratamiento de una anciana de una residencia australiana que sufrió un hematoma en las extremidades inferiores que dio lugar a una herida compleja crónica.

ANTECEDENTES

Una mujer de 95 años y residente permanente en una residencia de ancianos (la consumidora) sufrió un hematoma traumático en la extremidad inferior izquierda durante la asistencia para la movilidad y el uso de una grúa de bipedestación. La lesión se

Helen Carter*

RN

Enfermera Clínica Especialista en Integridad de la Piel, Hall y Prior Health and Aged Care Group, Nueva Gales del Sur, Australia

Jenny Prentice

PhD RN STN

Enfermera Consultora Ostomía de la Piel de la Herida Hall y Prior Health and Aged Care Group, Perth, Australia Occidental

* Autor correspondiente

produjo el día de Año Nuevo de 2022, pero no se detectó hasta la mañana siguiente, cuando el personal le retiró los protectores de las extremidades para ocuparse de su higiene personal y del cuidado de la piel para prevenir las lesiones por presión.

Los antecedentes médicos del consumidor incluyen demencia avanzada, amnesia global, afasia, disfagia, incontinencia de orina y heces, accidente vascular cerebral) hemorragia intracraneal (2014), psoriasis, alteración de la visión por degeneración macular asociada a la edad y glaucoma, mala audición, hipertensión, varices, púrpura senil, caídas recurrentes con fracturas - # R) cuello de fémur con inserción de clavo gamma (2021) y # R) Húmero (2022), dolor crónico, artrosis, espondilosis vertebral, enfermedad ósea metastásica - L) Húmero.

Además de estas afecciones comórbidas, había sufrido recientemente una reducción de su movilidad con respecto a su estado basal debido a una caída, que requirió tratamiento quirúrgico con reducción abierta y fijación interna (ORIF) por fractura del cuello del fémur derecho aproximadamente 4 semanas antes de sufrir el hematoma. En el momento de la lesión, el consumidor estaba atado a una silla.

Los cambios recientes de medicación incluyeron la adición de analgesia opiode (postoperatoria) y la reciente finalización del tratamiento anticoagulante postoperatorio. Su medicación habitual incluía: Macuvision, Calcio y vitamina D, Paracetamol, Latanoprost, Mometsaone furoate, Calcipotriol; Dipropionato de betametasona. Las alergias se registraron como cotrimoxazol, azufre y penicilina.

En general, se consideró que el estado de salud general del consumidor era malo. El 2 de enero de 2022 se recibió una derivación a la Enfermera Clínica Especialista en Integridad Cutánea (CNSSI) para revisar a la consumidora y su hematoma. Simultáneamente, se envió una derivación al médico de cabecera (GP) de los consumidores. Además, debe tenerse en cuenta que este incidente se produjo cuando la residencia de ancianos estaba en aislamiento y cierre debido al COVID 19.

PRESENTACIONES DE CASOS

Evaluación inicial y estrategias de tratamiento de heridas

El 2 de enero de 2022, el personal de enfermería de la residencia clasificó la lesión como "un hematoma", aunque remitió al consumidor al CNSSI y al GP para su revisión en el portal electrónico interno de remisiones, de acuerdo con la política del centro en relación con la lesión. La remisión iba acompañada de una foto (Figura 1). El 3 de enero de 2022 se proporcionó asesoramiento provisional para mantener la integridad del hematoma a través del portal electrónico interno de derivación hasta que la lesión pudiera ser revisada clínicamente al día siguiente.

En la evaluación clínica realizada por la CNSSI el 4 de enero de 2022 y utilizando los parámetros del Triángulo de evaluación de heridas como marco de referencia, se observó lo siguiente:

- Evaluación del lecho de la herida:
 - Tipo de tejido: Hematoma con colgajo no viable
 - Exudado: Exudado sanguinolento bajo pero no hemorragia activa

- Infección: Inflamación que se resuelve sin signos clínicos de infección, pero sigue habiendo riesgo de infección
- Evaluación del borde de la herida: Bordes de la herida bien definidos y deshidratados
- Evaluación de la piel peri-herida: Piel seca.

Además de los parámetros anteriores, el hematoma medía 180 mm de largo por 65 mm de ancho y tenía una profundidad desconocida. No se detectaron otras anomalías en la extremidad inferior.

GESTIÓN CLÍNICA

Objetivos a corto plazo de los cuidados y estrategias iniciales de tratamiento de heridas

En la revisión clínica inicial del hematoma, se identificó que era esencial una estrecha vigilancia y que la perfusión de la extremidad, los niveles de exudado y la posibilidad de nuevas hemorragias e hinchazón debían vigilarse estrechamente a lo largo del día. Por lo tanto, los objetivos iniciales de la atención y el tratamiento del hematoma fueron conservadores y adoptaron los principios de R.I.C.E. (reposo, hielo, compresión y elevación).¹⁰ Además, el GP prescribió una aplicación diaria de crema Hirudoid para aliviar el dolor localizado, la inflamación y los hematomas.

En términos de R.I.C.E. ocurrió lo siguiente:

- R: El reposo en cama se impuso durante una semana y el CNSSI recomendó el 10/1/22 que el consumidor "puede sentarse fuera sólo para las comidas durante la próxima semana"
- I: Se aplicó hielo de acuerdo con los principios generales R.I.C.E. durante aproximadamente 20 minutos cada cuatro horas, según la tolerancia del consumidor
- C: La compresión se aplicó utilizando unacapa de Tubigrip de tamaño E
- E: La elevación se produjo con reposo en cama y elevación adicional sobre una almohada blanda colocada longitudinalmente para asegurar que el talón se descargaba de cualquier presión.

Estrategias iniciales de tratamiento de heridas

Las estrategias iniciales de tratamiento de la herida incluían la preparación del lecho de la herida mediante una técnica aséptica, la higiene de las extremidades inferiores y el cuidado de la piel y la elección de apósitos para proteger y preservar la integridad del hematoma. El régimen incluía:

- Agente limpiador de heridas: N/Salina
- Higiene de las extremidades inferiores: Inspección de la piel y lavado de la extremidad con agua tibia en el momento del cambio de apósito e hidratación
- Cuidado de la piel peri-herida: Película de barrera para los bordes de la herida y la piel circundante y emoliente para mejorar el estado de la piel, reducir la sequedad y reducir el riesgo de futuras lesiones
- Aderezo primario: Capa de contacto de silicona; Adaptic Touch™ (3M)
- Vendaje secundario: Almohadilla estéril muy absorbente; Impervia Neosorb
- Fijación: Velban, venda de crepé y una capa de Tubigrip talla E del dedo del pie a la rodilla

- Frecuencia o cambio de apósitos: 3er día o según sea necesario si se altera el vendaje.

El hematoma se vigiló estrechamente para detectar los cambios morfológicos que pueden producirse a medida que los hematomas se resuelven o deterioran y las consiguientes complicaciones que pueden surgir, como la infección. En este punto se plantearon otras consideraciones:

- Hemorragia: mayor riesgo de hemorragia debido al uso reciente de Enoxaparina postoperatoria y teniendo en cuenta que puede ser necesario el desbridamiento de la herida
- Dolor: diferenciación del dolor agudo sobre el crónico a causa del hematoma
- Edema preexistente de las extremidades inferiores: potencial para exacerbar las complicaciones
- Comportamiento del consumidor: se supervisó el comportamiento del consumidor para garantizar que se minimizaban las conductas pasadas de retirada de apósitos. En este caso, el incumplimiento de la obligación de elevar las piernas y los comportamientos agresivos en el momento del cambio de vendaje, como dar patadas, fueron difíciles de tratar debido al mayor riesgo de dañar el lecho de la herida y de alterar la asepsia durante el procedimiento de vendaje.

El hematoma permaneció relativamente estable durante un breve periodo de tiempo (Figura 2) el día 6, pero el día 9 se observó cierta pérdida de epidermis. Se continuó con el régimen de apósitos según el plan inicial de capa de contacto de silicona, compresa estéril muy absorbente y Tubigrip. El día 12 (13/01/2022) el hematoma se había secado y se observa que el colgajo no es viable (Figura 3).

El día 16 (17/01/2022) la inflamación se había asentado aún más, y el colgajo estaba levantado y listo para el desbridamiento; no había hemorragia activa, los bordes de la herida permanecían claramente definidos, había bajos niveles de exudado y ningún signo de infección. Utilizando los principios del desbridamiento cortante conservador, la CNSSI desbridó el colgajo no viable del lecho de la herida junto con una irrigación minuciosa del lecho de la herida para eliminar el coágulo residual. Tras el desbridamiento de la herida, ésta presentaba un aspecto similar al de un desgarro cutáneo de categoría 3 con pérdida total del colgajo (Figura 4).

Objetivos asistenciales a largo plazo y estrategias de tratamiento de heridas secundarias

Tras el desbridamiento de la herida y la gran superficie resultante de la misma, se modificaron los objetivos de curación de heridas para reflejar este hecho. El objetivo era promover el tejido de granulación, evitar o suprimir el tejido de hipergranulación, reducir la posible carga bacteriana de la herida y controlar el exudado de la herida, ya que se esperaba que aumentara tras el desbridamiento.

Teniendo en cuenta estos factores, el régimen de vendaje se cambió a:

- Aderezo primario: Capa de contacto de silicona para cubrir un amplio margen periherida Adaptic Touch™ (3M)
- Vendaje secundario: Una espuma no adhesiva para eliminar el "espacio muerto" entre la herida y el apósito Espuma no adhesiva Biatain

- Fijación: Los vendajes se fijaron con Velband, vendas de crepé y Tubigrip desde los dedos hasta la rodilla

- Observación del apósito y frecuencia de cambio del mismo: Comprobación diaria del apósito y objetivo de cambio semanal. En el día 24 se observó una notable mejoría en la curación de heridas, con un lecho sano de granulación uniforme (Figura 5).

Entre seis y ocho semanas después del desbridamiento, las revisiones del CNSSI observaron que la herida estaba cicatrizando bien, lo que se tradujo en una disminución significativa del tamaño general de la herida y un cambio en su forma. Se observó un notable avance de los bordes de la herida, un mayor desarrollo de tejido epitelial que empezó a cubrir el lecho de la herida y que dio lugar a que el lecho de la herida quedara separado por una isla epitelial que dio lugar a dos zonas que medían L 28 mm x A 24 mm (proximal) y L 86 mm x A 48 mm (distal). Los niveles de exudado se mantuvieron bajos y bien controlados, sin signos de maceración cutánea periherida. Además, el estado de la piel circundante también mejoró, aunque permaneció ligeramente seca. No había edema de miembros inferiores (Figuras 6 y 7).

Posteriormente, la selección del apósito se cambió a un borde de espuma de silicona Biatain® de 15x15 cm de mayor tamaño para proporcionar márgenes periherida más amplios, asegurando un menor riesgo de daños en la frágil piel periherida. Se utilizó de forma continuada una película de barrera en los bordes de la herida y en la piel anterior a la herida, así como crema hidratante en la piel circundante.

Seguimiento y evaluación continuos

Lamentablemente, once días después (11 de marzo de 2022) se observó una nueva hemorragia, que según el personal de enfermería estaba relacionada con el traumatismo debido a la agitación y la posición sentada del consumidor (Figura 8). Sin embargo, en la revisión de la historia clínica también se observó que unos días antes se había aplicado un producto de espuma de silicona alternativo debido a un problema de disponibilidad de existencias. Además, se observó un deterioro menor de la herida en términos de aumento del exudado, ligero olor y cambio en el tipo de exudado, pero no se notificó a la CNSSI hasta el 25 de marzo de 2022, fecha en la que se actualizó el plan de tratamiento de la herida para incluir Inadine® en el borde distal de la herida durante siete días, tras lo cual se volvió a aplicar el apósito de borde de espuma de silicona (Figura 9).

A continuación, la herida evolucionó bien a lo largo de abril / mayo de 2022. A finales de mayo, el personal de enfermería solicitó que se cerrara la ficha de la herida, ya que se observó que estaba "curada". Una revisión posterior por parte de la CNSSI identificó que persistía el edema gravitacional de las extremidades inferiores y que era difícil de tratar, lo que suponía un riesgo de deterioro de la herida. El cuadro de la herida se mantuvo abierto con seguimiento continuo semanal y aplicación del apósito de borde de espuma de silicona para su protección. La herida cicatrizó y el cuadro de la herida se cerró finalmente en agosto de 2022, 7 meses (215 días) después de que se produjera la lesión (Figura 10).

Durante el periodo de tratamiento se inició un enfoque de equipo multidisciplinar para la atención holística.



Figura 1. Día 1-3 de enero de 2022



Figura 2. Día 6-7 de enero

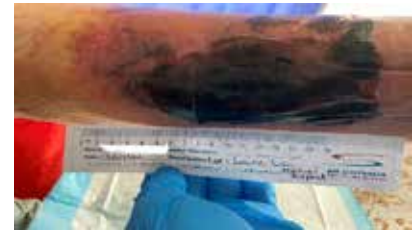


Figura 3. Día 12-13 de enero



Figura 4. Día 16-17 de enero de 2022



Figura 5. Día 24-25 de enero de 2022



Figura 6. Día 54-24 febrero 2022



Figura 7. Día 58-28 febrero 2022



Figura 8. Día 69-11 marzo 2022



Figura 9. Día 89-31 de marzo tras la aplicación de Inadine en los bordes distales de los márgenes de la herida



Figura 10. Día 215-4 de agosto de 2022

Esto comenzó con la divulgación abierta a la familia en el momento de la lesión, con actualizaciones proporcionadas por el equipo de gestión del hogar a lo largo del período de tratamiento.

En el momento de la lesión se remitió al GP, que inició los primeros auxilios (R.I.C.E. y crema Hirudoid), y posteriormente al CNSI para el inicio de un plan de tratamiento de la herida y la supervisión del proceso de curación.

Se recomendó una derivación posterior al fisioterapeuta debido a las caídas recientes y al cambio en la movilidad basal tras la hospitalización. La participación del fisioterapeuta ayudó a garantizar que las evaluaciones actuales de traslado y movilidad seguían siendo aplicables y que el entorno era seguro y propicio para el aumento de las necesidades de cuidados y equipamiento. Además, era necesario asegurarse de que el personal era consciente de la importancia de seguir los procedimientos correctos de manipulación manual y de cómo utilizar los equipos de la residencia.

En las últimas fases de la curación, cuando el edema gravitacional de la parte inferior de la pierna se convirtió en un motivo de preocupación, debido a la recuperación de la movilidad basal y al aumento del tiempo que pasaba fuera de la cama, la participación de la dietista ayudó a garantizar que se cubrieran las necesidades nutricionales mediante estrategias nutricionales, incluida la suplementación proteica con BD de proteínas compactas.

No hubo necesidad de frotar la herida ni de administrar antibióticos durante el proceso de curación, ya que el deterioro de la herida, cuando se observó, se trató localmente y se vigiló de cerca.

RETOS EN LA PRESTACIÓN DE ASISTENCIA

La lesión se produjo durante la COVID-19, cuando en Australia las residencias de ancianos estaban sujetas a una normativa estricta y a periodos de cierre que regían los criterios de entrada en la residencia, lo que creaba dificultades adicionales en la prestación de cuidados. Estas se referían principalmente a la organización, la dotación de personal y el suministro de productos.

A nivel organizativo, aunque el centro contaba normalmente con una cobertura de enfermeras tituladas las 24 horas del día, debido al COVID 19 y a las consiguientes limitaciones de personal, en ocasiones se requería la presencia de auxiliares de enfermería y personal asistencial para atender a los pacientes. Además, hubo un mayor uso de personal interino debido a los periodos de vacaciones de Navidad/Año Nuevo y de verano de enero. Esta falta de continuidad asistencial y las diferencias de conocimientos suscitaron la preocupación de que todo el personal pudiera no ser capaz de evaluar con precisión, identificar y responder adecuadamente a los signos y síntomas potenciales o reales de complicaciones y de comunicarlos y documentarlos eficazmente en consecuencia.

El suministro de productos para el tratamiento de heridas supuso un verdadero reto debido a las interrupciones de las cadenas de suministro por el efecto global de la COVID-19. La CNSSI y la dirección de las instalaciones eran plenamente conscientes de que cualquier plan de gestión que se pusiera en marcha debía tener esto en cuenta. Además, la formación del personal en el uso adecuado de los productos de vendaje recomendados y la elección de productos rentables fueron otras consideraciones y retos a superar.

DISCUSION

Tras la lesión y el descubrimiento del desarrollo del hematoma, se iniciaron los protocolos de tratamiento R.I.C.E. Aunque existe cierto debate sobre el valor actual de la R.I.C.E., sigue siendo una técnica de uso común para reducir el daño tisular secundario y la inflamación de los tejidos blandos dentro de la piel y el tejido de las lesiones musculoesqueléticas agudas¹⁰.

Los marcos de referencia para guiar el tratamiento de heridas son herramientas útiles para lograr una comprensión común de la valoración, el tratamiento y la evaluación continua de las heridas en proceso de curación y para facilitar la comunicación de estos factores en un lenguaje clínicamente apropiado entre el personal de las residencias de ancianos y el equipo multidisciplinar más amplio. En este caso, la CNSSI utilizó los principios rectores definidos con los paradigmas Triángulo de evaluación de heridas⁸ y Preparación del lecho de la herida⁹ para valorar y evaluar la curación de heridas, guiar las intervenciones clínicas de enfermería y la elección de apósitos, así como facilitar la comunicación con el personal y el equipo multidisciplinar. Por ejemplo, el desbridamiento de la herida del colgajo no viable del hematoma basándose en que había suficiente perfusión para favorecer la curación de heridas.

Del mismo modo, la selección de productos se realizó en función de los objetivos a corto y largo plazo de los cuidados a lo largo de las distintas fases de curación de las heridas. En este caso, y tras el desbridamiento del hematoma que creó una herida con características similares a las de un desgarramiento cutáneo de categoría 3 sin colgajo, era importante elegir un apósito primario que permitiera la curación de heridas. Y, además, el control de los factores locales de la herida, como la gestión de la humedad, el exudado, el potencial de infección, la protección de la piel periherida, la capacidad de adaptarse al lecho de la herida, la facilidad de aplicación y retirada, la reducción del riesgo de lesiones cutáneas relacionadas con el adhesivo médico y la disminución del dolor para el consumidor, así como la minimización de la frecuencia de los cambios de apósito.^{11,12,13,14,15} Por lo tanto, se eligió inicialmente una capa de contacto de silicona *Adaptic Touch™* (3M) como apósito primario para cubrir el lecho de la herida y, en ocasiones, una zona más amplia de la piel periherida para una protección cutánea adicional. Se aplicó una espuma no adhesiva, *Biatain® Non Adhesive Foam*, para eliminar el "espacio muerto" entre la herida y el apósito, reduciendo así los riesgos de infección e hipergranulación. Las capas de contacto de silicona, que tienen un revestimiento de silicona blanda en uno o ambos lados del apósito, se recomiendan por su capacidad para favorecer la curación del tejido de granulación, la observación del lecho de la herida sin tener que retirar la capa de contacto, la protección de la piel periherida y por ser atraumáticas al retirarlas.^{11,12} Además, son útiles para mantener heridas secas o necróticas en las que la retención de humedad o la rehidratación no son un objetivo principal de los cuidados.^{16,17}

Cuando se volvió a remitir al especialista en heridas a última hora del 25/03/2022, el plan de tratamiento de la herida se actualizó para incluir *Inadine®* sólo en el borde distal. Aunque *Inadine®* no suele recomendarse para los desgarramientos cutáneos debido a su efecto desecante¹⁸, se eligió *Inadine®* para tratar la maceración cutánea periherida en el borde distal. Además, *Inadine®* no es adherente, tiene acción antimicrobiana en , es rentable¹⁹ y estaba fácilmente disponible, dados los problemas experimentados con el suministro del producto en aquel momento. Como el personal estaba familiarizado con su uso, fue una elección segura y apropiada para utilizar durante el fin de semana y durante otros cinco días hasta que la herida pudo ser revisada por el CNSSI, tras lo cual se reanudó el uso del apósito de borde de espuma de silicona.

Estas elecciones también permitieron cambios de apósito menos frecuentes, al procurar cambios de apósito semanales junto con comprobaciones diarias de los apósitos para evaluar si había exudado y si los apósitos permanecían en su sitio. Si el personal consideraba que el apósito requería cambios más frecuentes, la CNSSI solicitaba una imagen de la herida antes de cambiar la frecuencia del apósito para asegurarse de que era adecuado y de que no había otros problemas o cuestiones subyacentes.

El edema de las extremidades inferiores fue difícil de tratar en las últimas fases de la curación, ya que se vio afectado por la mejora de la movilidad, el hecho de pasar más tiempo fuera de la cama, la participación en actividades de estilo de vida y la reducción del dolor, todo lo cual constituyó un avance positivo, pero aumentó el nivel de edema gravitacional y contribuyó en gran medida a la cronicidad de la herida y a los retrasos en la curación.

En general, en lo que respecta a la curación de heridas, las múltiples afecciones singulares y comórbidas relacionadas del consumidor, algunas de las cuales no eran factores modificables, probablemente contribuyeron al prolongado periodo de curación de heridas.⁹

El tratamiento de heridas en personas con demencia puede ser problemático, ya que debido al deterioro cognitivo y a la disminución de la capacidad para seguir las directrices de cuidados, los comportamientos o acciones de los consumidores pueden ser o son perjudiciales para la curación de heridas.^{20,21} En este caso, la paciente requería una estrecha supervisión para garantizar que sus conductas de empujar los apósitos hacia abajo, el incumplimiento de la elevación de las extremidades inferiores y los movimientos impulsivos no repercutieran en el cumplimiento del R.I.C.E., las estrategias de tratamiento de heridas y los regímenes de reposicionamiento, que si se producían con regularidad podían aumentar el riesgo de más daños en los tejidos, infecciones o lesiones por presión. Si el consumidor rechazaba los cambios de apósito, se volvía a hablar con él en diferentes ocasiones y por diferentes personas para ver si se le podía convencer de que permitiera los cambios de apósito antes de documentar un rechazo formal.

En la medida de lo posible, se adoptó un enfoque multidisciplinar de los cuidados en las condiciones de COVID-19, que incluía la comunicación con el GP, el dietista y el fisioterapeuta en relación con la ingesta alimentaria y nutricional de los consumidores y su nivel de movilidad; y con la familia de los consumidores en relación con la progresión de la curación de heridas. Se impartió formación al personal sobre movilidad, caídas y entorno, manipulación manual y uso correcto de los equipos para

garantizar transferencias y posiciones seguras, así como sobre la importancia de las evaluaciones de riesgos, la evaluación de los cuidados y las repercusiones del estilo de vida y la nutrición en la curación de heridas. La CNSI destacó además el papel que el GP y la familia seguían desempeñando en la atención del consumidor en esta fase.

COVID-19, al igual que en todo el mundo,^{22,23} afectó en ocasiones al suministro de productos para el tratamiento de heridas y a la prestación de servicios, que se superaron con la sustitución de productos, la revisión electrónica de historiales y la telesalud.

CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

Los hematomas de las extremidades inferiores son heridas traumáticas que pueden tener graves consecuencias a largo plazo para la curación de las heridas, sobre todo en los ancianos. La valoración holística y la evaluación continua de la curación de heridas utilizando marcos reconocidos relacionados con las heridas junto con un enfoque de equipo multidisciplinar es imprescindible para alcanzar los objetivos a corto y largo plazo de la curación de heridas en casos complejos como éste.

El deterioro de la salud debe reconocerse precozmente para que las evaluaciones de riesgos reflejen adecuadamente el estado de salud actual del consumidor, ya que las fluctuaciones de la salud pueden producirse con rapidez y repercutir significativamente en el nivel de atención requerido. Si el personal clínico es consciente de los cambios en el nivel de riesgo de un consumidor, puede intentar prevenir posibles complicaciones, en lugar de tener que tratarlo.

En este caso, se incrementó la concienciación entre las disciplinas sanitarias tratantes para ayudar al reconocimiento precoz y al tratamiento de cualquier deterioro de la herida, así como para proporcionar estrategias de apoyo para prevenir hematomas recurrentes en las extremidades inferiores por lesiones traumáticas.

El tratamiento de heridas en los ancianos, especialmente en presencia de demencia y en residencias de ancianos, es multifactorial, complejo y difícil. Se requiere un enfoque individualizado centrado en la persona para su cuidado que refleje las necesidades de una persona con demencia y una herida.

AGRADECIMIENTOS

La familia de los consumidores consintió que se utilizara información clínica en este estudio de caso y dio su consentimiento por escrito para el uso de fotografías clínicas.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Financiación

Los autores no recibieron fondos para presentar este estudio de caso.

REFERENCIAS

- Constant J & Reed J. Designing a new community lower limb haematoma pathway to prevent hospital admission and reduce cost. *Wounds UK* 2022, 18 (4):76-83.
- Megson M. Traumatic subcutaneous haematoma causing skin necrosis. *BMJ Case Reports* 2011;10.1136/bcr.05.2011.4273
- Chami G, Chami B, Hatley E & Dabis H. Simple technique for evacuation of traumatic subcutaneous haematomas under tension. *Emergency Medicine* 2005, 5 (11): doi:10.1186/1471-227X-5-11
- Beldon P. Haematoma: Assessment, treatment and management. *Wound Essentials* 2011, 6: 36-39.
- Karthikeyan GS, Vadodaria S & Stanley PWR. Simple and safe treatment of pretibial haematoma in elderly patients. *Emerg Med J* 2004;21:69-70.
- Barth A, Vatterrott A, Zhou Y, Fink A & Doblhamme G. Extremity injuries and dementia disproportionately increase the risk for long-term care at older age in an analysis of German Health Insurance routine data for the years 2006 to 2010. *European Review of Aging and Physical Activity* (2016) 13:9 DOI 10.1186/s11556-016-0169-8
- Callaghan R & Merrick J. How does dementia affect patients with wounds? *JCN* 2015, 29 (5): 5:9-13.
- World Union of Wound Healing Societies (WUWHS), Florence Congress, Position Document. *Advances in wound care: the Triangle of Wound Assessment Wounds International*, 2016.
- Sibbald RG, Elliott JA, Persaud-Jaimangal R, Goodman L, Armstrong DG & Harley C et al. *Wound Bed Preparation* 2021. *Adv Skin & Wound Care* 2021, 34(4):183-195.
- Kwiecien SY. Is it the End of the Ice Age? *IJSPT*. 2023;V18(3):547-550. doi:10.26603/001c.74273
- Le Blanc K & Woo K. A pragmatic randomised controlled clinical study to evaluate the use of silicone dressings for the treatment of skin tears. *Int Wound J*. 2022;19:125-134.
- Holloway S, Prentice J, Samuriwo R. Preventing, assessing and treating skin tears. *Nursing Standard* 2023. doi: 10.7748/ns.2023. e12127
- Dowsett C, Swanson T & Karlsmark T. A focus on the Triangle of Wound Assessment – addressing the gap challenge and identifying suspected biofilm in clinical practice. *Wounds International* 2019, 10 (3):16-21.
- Dowsett C & von Hallern B. The Triangle of Wound Assessment: a holistic framework from wound assessment to management goals and treatments. *Wounds International* 2017; 8(4): 34-39.
- Stephen-Haynes J, Carville K. Skin Tears Made Easy. *Wounds International* 2011;2(4):1-6.
- von Hallern B, Berg M, Hintner M & Hartleben C. In Focus -Fistulas and wound undermining: First clinical evaluation of a new gelling fiber dressing Biatain® Fiber. *MEDIZIN & PRAXIS* 2020:20-26.
- World Union of Wound Healing Societies (WUWHS) Consensus Document. *Wound exudate: effective assessment and management Wounds International*, 2019.
- Le Blanc K, Baranoski S, Christensen D, Langemo D & Edwards K et al. The Art of Dressing Selection: A Consensus Statement on Skin Tears and Best Practice. *Adv Skin & Wound Care* 2016;29:32-46.
- Sibbald RG, Elliott JA. The role of Inadine in wound care: a consensus document. *Int Wound J* 2017; 14:316-361.
- Gunanayagam P, Iliopoulos J & Ahmad M. Considerations in wound care of patients living with dementia. *British Journal of Nursing* 2022, 31(20) *Tissue Viability Supplement*:S32-S40.
- Parker CN, Finlayson KJ & Edwards HE. Exploring the prevalence and management of wounds for people with dementia in long-term care. *Int Wound J*. 2020;17:650-659.DOI: 10.1111/iwj.13325
- Schlager JG, Kendziora B, Patzak, Kupf S & Rothenberger C et al. Impact of COVID-19 on wound care in Germany. *Int Wound J*. 2021;18:536-542.
- Holloway S. Wound care and COVID-19: recognising innovation and collaboration. *Wounds UK* 2020, 16 (2):10.