

Evidencia clínica entre los profesionales españoles de un nuevo apósito de fibra gelificante

Carmen Blasco, Hospital Germans Trias I Pujol, Badalona, España. Marta García-Madrid, Unidad de Pie Diabético, UCM, Madrid, España. Raúl García Vallejo, CS Campamento, Madrid, España. José Luis Lázaro Martínez, Unidad de Pie Diabético, UCM, Madrid, España. Justo Rueda López, CAP Terrassa Nord, Terrassa, Spain. Andrés Roldán Valenzuela, CS Bollulllos de la Mitación, Sevilla, Spain. María del Mar Cruzado López, Coloplast Wound Care, Madrid, Spain.

Introducción

La gestión eficaz del exudado es fundamental para garantizar una cicatrización oportuna sin complicaciones¹. Para las heridas exudativas moderadas o altas, un apósito de fibra gelificante es una buena opción. Se ha desarrollado un nuevo apósito de fibra gelificante* para obtener un alto rendimiento en parámetros importantes como la absorción y la retención, la capacidad de gelificación, la resistencia a la tracción en húmedo, la capacidad de mantener la forma con una contracción mínima y la retirada en una sola pieza con un riesgo mínimo de dejar residuos. Se ha documentado un alto rendimiento de estos parámetros in vitro²⁻³.

Una encuesta reciente en la que se investigaba la opinión de los profesionales en España sobre el rendimiento de la nueva fibra gelificante reforzada confirmó que la satisfacción con el nuevo apósito era de nivel alto.

Los profesionales valoraron especialmente la capacidad de gestión del exudado, la capacidad de desbridamiento y la capacidad del apósito para mantener su forma con una contracción mínima y su facilidad de retirada sin dejar residuos⁴. Aquí presentamos cinco casos de España en los que se evalúa el rendimiento clínico de la nueva fibra gelificante en varios tipos de heridas.

Método

Se trataron a cinco pacientes adultos, que presentaban heridas, con la fibra gelificante y apósitos secundarios adecuados. Número de heridas: 1. Úlcera por presión, 2. Úlcera diabética, 3. Úlcera en la pierna, linfedema 4. Úlcera traumática en la pierna, 5. Seno pilonidal. Los datos de referencia y evolución de la herida se registraron con el Triángulo de Evaluación de Heridas^{5,6}.

Resultados

Como se describe en los casos individuales, el apósito de fibra gelificante favoreció muy bien la cicatrización. El apósito tenía una gran capacidad de absorción y retención, gestionó muy bien el exudado y protegió los bordes de la herida y la piel perilesional de la maceración.

Conclusion

En conclusión, la fibra gelificante favoreció la cicatrización de la herida, gestionó muy bien el exudado y protegió los bordes de la herida y la piel perilesional de la maceración. No se observó contracción de la fibra gelificante en ninguno de los casos y no dejó espacios muertos en las heridas. En todos los casos, el apósito se retiró de forma fácil en una sola pieza sin dejar residuos.



La fibra gelificante antes y después de añadir el líquido.



Referencias: 1. World Union of Wound Healing Societies (2019) WUWHS Consensus Document. Wound Exudate: Effective Assessment and Management. Wounds International: London; 2. Karlsmark et al. A new reinforced gelling fibre to reduce exudate pooling: Biatain® Fiber with HexaLock® Technology. Wounds International 2020; 11(3):34-40; 3. Le DM et al. New gelling fiber dressing with a strong in vitro performance, EPO30, EWMA 2021. 4. García Domínguez J et al. High performance of a new gelling fiber dressing evaluated by users in Spain – results of an online survey, EPO35, EWMA 2021; 5. Dowsett et al. Taking wound assessment beyond the edge. Wounds International 2015; 6(1):19-23; 6. Dowsett et al. A focus on the Triangle of Wound Assessment - addressing the gap challenge and identifying suspected biofilm in clinical practice. Wounds International 2019; 10(3):34-9.

*Biatain® Fiber (Coloplast), #Biatain Silicone (Coloplast)

Caso 1: Úlcera por presión en la zona del sacro (Carmen Blasco García)

↑ Paciente

Hombre de 63 años, hipertensión arterial y dislipidemia, independiente para las actividades de la vida diaria. Lo remitieron desde el Centro de Atención Primaria con neumonía y fiebre e ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos por insuficiencia respiratoria secundaria a la COVID-19. Desarrolló una úlcera por presión en la zona del sacro. La herida fue desbridada quirúrgicamente para eliminar el esfacelo y se inició el tratamiento con la nueva fibra gelificante* (día 0).

Q Evaluación inicial de la herida (25/5/2020)

- Tamaño de la herida: 9 cm x 7 cm con 7 cm de socavación.
- Lecho de la herida: nivel alto, exudado espeso, 60 % de esfacelos, 40 % de tejido de granulación, aumento del dolor, bolsas en la herida.
- Borde de la herida: socavado, bordes enrollados.
- Piel perilesional: normal.



Imagen 1. Evaluación inicial de la herida en el día 0.

📅 Tratamiento

En los cambios de apósito, se limpió y desbridó la herida (de manera brusca), y se aplicó una película de barrera cutánea. La nueva fibra gelificante se aplicó en la cavidad de la herida y en las zonas socavadas y se utilizó un apósito de espuma de silicona[#] como apósito secundario. Otras medidas: alivio de la presión, buena nutrición e hidratación cutánea. Inicialmente, los cambios de apósito se realizaron cada 24 horas; después de 2 semanas cada 48 horas; y al cabo de un mes cada 48 y 72 horas.

📅 Evolución de la herida al final del estudio

Después de 7 días, los bordes se habían aplanado y el tejido de granulación había mejorado. Después de 14 días (imagen 2), la herida había mejorado de forma considerable. La socavación había disminuido de 7 cm a 3,5 cm, y la zona de la herida y el exudado habían disminuido. Los cambios de apósito se realizaron ahora cada 48 horas. Después de 4 semanas, el tamaño de la herida había disminuido de forma significativa, y el apósito secundario podía cambiarse a un tamaño más pequeño (15x15). Los cambios de apósito se realizaron ahora cada 72 horas. Después de aproximadamente 7 semanas, la herida había disminuido aún más y la socavación había desaparecido. La herida había cicatrizado completamente después de 4 meses.

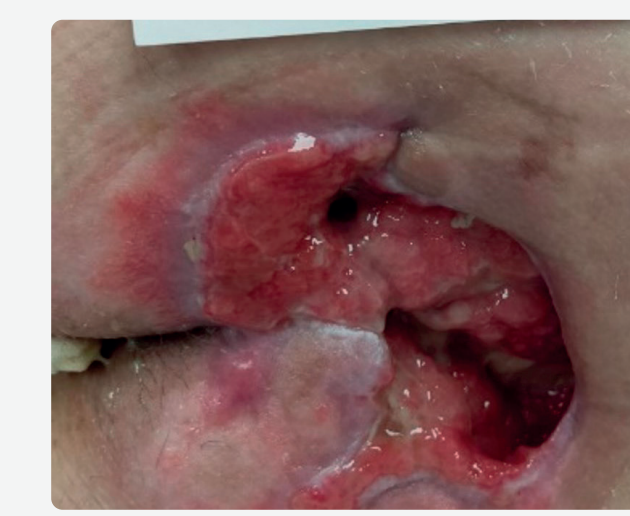


Imagen 2. En el día 14, la herida está cicatrizando bien y la socavación es ahora de 3,5 cm.



Imagen 3. En el día 35, la socavación es de 1,5 cm y la zona de la herida ha disminuido de forma significativa.



Imagen 4. En el día 54, no hay socavación y la herida está evolucionando hacia la cicatrización.

Conclusión

Hubo una buena evolución en poco tiempo. El apósito cumplió las expectativas al gestionar el exudado y reducir la frecuencia de cambios de apósito, y el tratamiento pudo continuar en el domicilio del paciente. La piel perilesional se mantuvo sana, sin maceración. El apósito fue especialmente bueno para absorber el exudado y mantener el lecho de la herida. No dejó espacios muertos.

Caso 2: Úlcera neuropática en el pie (Marta García-Madrid y José Luis Lázaro Martínez)

↑ Paciente

Mujer de 54 años con un IMC de 28,5, padece el síndrome de Guillain-Barré. Tiene una neuropatía distal periférica con antecedentes quirúrgicos de resección metatarsal del pie izquierdo. No tiene hábitos tóxicos y lleva una vida sedentaria. Padece una úlcera neuropática de más de 10 años de evolución, localizada en la superficie plantar quinto radio y cuboides. Anteriormente, se sometió a un tratamiento quirúrgico de osteomielitis.

Q Evaluación inicial de la herida (1/10/2020)

- Tamaño de la herida: 6,2 cm x 2,7 cm x 0,7 cm.
- Lecho de la herida: nivel alto de exudado, 50 % de esfacelos, 50 % de tejido de granulación.
- Borde de la herida: macerado, socavado, enrollado.
- Piel perilesional: hiperqueratosis, callo.



Imagen 1. Evaluación inicial de la herida, día 0.



Imagen 2. Aplicación de apósito en el día 2.

📅 Tratamiento

La herida se limpió con clorhexidina, se enjuagó con solución salina y se secó a presión con una gasa. Se aplicó la nueva fibra gelificante* y se utilizó un apósito de espuma con silicona[#] como apósito secundario. Los cambios de apósito se realizaron cada 48 horas. Otras medidas: vendaje con algodón, gasas y crepé. Bota extraíble debajo de la rodilla como dispositivo de descarga. Después de 4 semanas de tratamiento, el exudado estaba controlado y la herida podía vendarse solo con el apósito conformable de espuma de silicona en el lecho de la herida.

📅 Evolución de la herida al final del estudio

Después de 7 días, la herida mostraba una evolución muy favorable y la zona de la herida había disminuido un 24 %. Después de 4 semanas, la zona de la herida había disminuido un 50 % y el exudado estaba controlado. Por lo tanto, la fibra gelificante ya no era necesaria y solo se aplicó el apósito de espuma con silicona. Los cambios de apósito se realizaron ahora cada 72 horas. Después de 8 semanas, la herida estaba casi cicatrizada (imagen 5).



Imagen 3. En el día 21, la zona de la herida había disminuido un 43 % y había un 100 % de tejido de granulación.



Imagen 4. En el día 43, la herida tenía 1,4 cm², la maceración se había resuelto y el borde de la herida estaba sano, sin enrollamiento.



Imagen 5. Después de ocho semanas, la zona de la herida había disminuido un 99 % y no había exudado.

Conclusión

Después de 8 semanas de tratamiento, la herida estaba casi cicatrizada, a pesar de los 10 años de evolución. La nueva fibra gelificante proporcionó una gestión muy eficaz del exudado. La maceración desapareció, haciendo que el borde y la piel perilesional sanaran. Hubo una clara mejora de la calidad y la cantidad del tejido de granulación en poco tiempo. La combinación del apósito de espuma de silicona realizó una gestión muy eficaz del exudado en tan solo 4 semanas.

Evidencia clínica entre los profesionales españoles de un nuevo apósito de fibra gelificante.

Carmen Blasco, Hospital Germans Trias I Pujol, Badalona, España. Marta García-Madrid, Unidad de Pie Diabético, UCM, Madrid, España. Raúl García Vallejo, CS Campamento, Madrid, España. José Luis Lázaro Martínez, Unidad de Pie Diabético, UCM, Madrid, España. Justo Rueda López, CAP Terrassa Nord, Terrassa, Spain. Andrés Roldán Valenzuela, CS Bollullós de la Mitación, Sevilla, Spain. María del Mar Cruzado López, Coloplast Wound Care, Madrid, Spain.

Caso 3: Úlceras en la pierna, linfedema crónico con elefantiasis (Raúl García Vallejo)

↑ Paciente

Hombre de 63 años con diabetes mellitus (tipo II), hipotiroidismo, linfedema crónico en miembros inferiores desde hace 47 años, con úlceras crónicas y elefantiasis de forma intermitente. En 2007, debido a una osteomielitis, amputación supracondílea en la pierna derecha. La evolución del muñón era buena. La evolución del miembro inferior izquierdo nunca había sido buena. Durante años, los tratamientos fueron muy diversos, pero infructuosos. Tiene poca adherencia al tratamiento presentaba varias heridas (laterales y mediales) en la pierna izquierda.

🔍 Evaluación inicial de la herida (21/5/2020)

- Tamaño de la herida más grande: 12 cm x 6 cm x 1 cm.
- Lecho de la herida: nivel alto, exudado espeso, 100 % de esfacelos, eritema, edema, mal olor.
- Borde de la herida: deshidratación, bordes enrollados.
- Piel perilesional: macerada, piel seca, hiperqueratosis.



Imagen 1. Heridas mediales en la pierna izquierda, día 0.

📅 Tratamiento

La nueva fibra gelificante* se inició debido a un exudado muy elevado. Se utilizó un apósito de espuma de silicona# como apósito secundario. La limpieza se realizó con esponjas jabonosas y polihexanida. Se eliminó el esfacelo mediante un desbridamiento brusco. La hiperqueratosis se eliminó con una cureta en cada cambio de apósito, con previa hidratación con vaselina líquida. Los cambios de apósito se realizaron cada tres días. Se aplicó un vendaje de compresión multicapa.

📅 Evolución de la herida

Después de cambiar el régimen de apósitos por la nueva fibra gelificante y el apósito de silicona, la evolución de la herida fue excelente. Aunque la evolución es lenta, la mejora es clara. La piel también está más sana, con tejido viable e hidratado. La eliminación del tejido no viable con la cureta también ha sido un punto clave. La calidad de vida del paciente mejoró bastante. Tenía más movilidad, no sufría fugas de exudado ni mal olor, y se sentía mucho más cómodo. La fibra se retiró fácilmente, sin trauma, sin dolor y en una sola pieza.



Imagen 2. Las heridas después de tres meses. Son mucho más pequeñas y la cicatrización está en evolución.



Imagen 3. Después de cuatro meses, las heridas más pequeñas han cicatrizado. El lecho de la herida ha mejorado y el tejido epitelial está creciendo.



Imagen 4. Después de cinco meses y medio, el lecho de la herida ha mejorado considerablemente, el esfacelo ha desaparecido y predomina el tejido de granulación.

Conclusión

La fibra gelificante favoreció muy bien la cicatrización de la herida y mejoró la calidad de vida del paciente. El apósito podía absorber una cantidad muy elevada de exudado y era muy fácil de aplicar y eliminar, sin dejar residuos en la herida.

Caso 4: Úlcera traumática en la pierna (Justo Rueda López)

↑ Paciente

Mujer de 84 años, presenta una úlcera venosa traumática en la pierna de 3 meses de evolución. Tiene diabetes mellitus II, arritmia cardiaca y está en tratamiento con anticoagulantes. Sufre de insuficiencia venosa (ABPI=1,23) y edemas en las extremidades inferiores, tuvo cáncer de mama en 2004. Vive sola con ayudas públicas para su higiene.

🔍 Evaluación inicial de la herida (25/5/2020)

- Tamaño de la herida: 6 cm x 4cm x 1 cm.
- Lecho de la herida: nivel alto, exudado fino, 50 % de esfacelos, 50 % de tejido de granulación, eritema, edema, tejido de granulación friable.
- Borde de la herida: macerado.
- Piel perilesional: macerada.
- Dolor 7/10 (EVA).



Imagen 1. Úlcera traumática en la pierna en tercio distal externo de la pierna derecha, día 0.

📅 Tratamiento

La herida se limpió con solución salina y PHMB. Se utilizó un desbridamiento brusco y un producto de barrera cutánea. Se aplicó la nueva fibra gelificante* y se cubrió con un apósito de espuma de silicona# debido al elevado exudado. Se aplicó un vendaje de crepé para cubrir los apósitos. No se realizó compresión porque el paciente no la toleraba. Se administraron diuréticos y flebotónicos. Inicialmente, los cambios de apósito se realizaron cada 24 horas como se venía haciendo desde el 26 de febrero de 2020. Después de 4 días con la fibra gelificante, el 29 de mayo de 2020 los cambios de apósito pudieron disminuirse cada 27 y 96 horas.

📅 Evolución de la herida al final del estudio

Después de 4 días, la maceración había desaparecido y la herida evolucionaba hacia la cicatrización (imagen 2). La cicatrización continuó evolucionando bien (imagen 3) y después de 25 días, la zona de la herida había disminuido un 66 % con un 90 % de tejido epitelial (imagen 4).



Imagen 2. Después de cuatro días, la herida estaba limpia con casi un 100 % de granulación. La maceración se había resuelto.



Imagen 3. Después de dieciocho días, la cicatrización de la herida está evolucionando. La fibra gelificante tiene una elevada capacidad de absorción y retención.



Imagen 4. Después de veinticinco días, el tamaño de la herida es de 2 cm x 1 cm, una reducción de la zona del 66 % con un 90 % de tejido epitelial y un 10 % de tejido de granulación.

Conclusión

En conclusión, el apósito cumplió nuestras expectativas. Gestionó el exudado y la frecuencia de los cambios de apósito se redujo a cada 4 días después de los primeros 4 días de tratamiento con la combinación de apósitos. La fibra gelificante no se contrajo y mantuvo la piel perilesional seca y sana, sin maceración. La herida evolucionó muy bien en poco tiempo.

Caso 5: Sinus pilonidal (Andrés Roldán Valenzuela)

↑ Paciente

Hombre de 30 años, sin patologías conocidas y con peso normal, trabajaba en una oficina con una actividad física moderada. Padecía de un sinus pilonidal en la zona interglútea y se operó el 13 de mayo de 2020. Inicialmente, la herida se trató introduciendo una gasa en la cavidad. Sin embargo, la gasa se empapó completamente en 24 horas, mojando incluso la ropa del paciente. El tratamiento con la nueva fibra gelificante empezó el 18 de mayo porque se necesitaba una mayor capacidad de manejo de fluidos.

🔍 Evaluación inicial de la herida (18/5/2020)

- Tamaño de la herida: 15 cm x 7 cm x 3,5 cm.
- Lecho de la herida: nivel muy elevado de exudado, sin señales de infección, 40 % de necrosis, 60 % de tejido de granulación.
- Borde de la herida: socavado.
- Piel perilesional: normal.
- Dolor 8/10 (EVA).



Imagen 1. Sinus pilonidal en la zona interglútea, día 0.

📅 Tratamiento

La herida quirúrgica cicatrizó al segundo intento. La herida se limpió con una solución salina y se promovió el desbridamiento autolítico equilibrando el nivel de humedad. Se utilizó la nueva fibra gelificante como apósito primario y se cubrió con una gasa. Al principio, los cambios de apósito se realizaron cada 24 horas.

📅 Evolución de la herida al final del estudio

Después de una semana, la granulación había mejorado y el tejido necrótico había desaparecido. La herida evolucionó de forma constante hacia la cicatrización (imágenes 2 y 3), y en el día 50 se había cicatrizado completamente (imagen 4).



Imagen 2. En el día 16, el tejido de granulación había rellenado la cavidad y el tamaño de la herida había disminuido.



Imagen 3. En el día 25, el tamaño de la herida se había reducido casi un 50 % y la cavidad era poco profunda. El exudado había disminuido considerablemente y el dolor era 1 de 10 (EVA).



Imagen 4. En el día 50, la herida se había cicatrizado completamente.

Conclusión

Observamos que la cicatrización se logró muy rápidamente (menos de 2 meses) y el tiempo del tratamiento fue más corto que el que experimentamos con otros alginatos o fibras. El apósito tuvo una elevada capacidad de absorción y retención y formó un gel que era muy fácil de retirar sin residuos ni dolor. El apósito era flexible, se adaptó a la cavidad de la herida y no se contrajo, lo que evitó espacios muertos y la acumulación de exudado.