

USO DE APOSITOS HIDROCOLOIDES EN HEMISECTOMIA **(trabajo para discusión y validación Pdgo: Alejandro Iribarren)**

INTRODUCCIÓN:

El presente trabajo tiene por finalidad efectuar un procedimiento diferente en el manejo de heridas; remplazando el puente de gasa obligatorio que se usa en la curación posterior a una Hemisectomía por un cuadro de Onicocriptosis (Uña Incarnada)

CONCEPTOS

La onicocriptosis o uña incarnada es una afección común de las uñas, dolorosa y frecuentemente sobre infectada. Constituye probablemente el motivo de Consulta Podológica mas frecuente.

Se trata de la incarnacion del borde anterolateral de la uña a modo de espicula, que originara una lesión granulomatosa del repliegue lateral de la lamina ungueal.

Secundariamente a este hecho mecánico, se desarrollara una paroniquia que consiste en la afectación del repliegue ungueal de características inflamatorias.

ETIOLOGÍA

La aparición de una onicocriptosis se ve favorecida por una curvatura acentuada de la uña, por presión del calzado mal adaptado, por la presencia de exostosis o por el hecho de cortar las uñas de forma excesivamente ranurada y en ángulo agudo.

La espicula resultante actúa a modo de lanceta, introduciéndose con su crecimiento en el interior del repliegue lateral de la uña, hecho que genera un exacerbado dolor, si bien puede ser indolora cuando existe una neuropatía periférica. Con posterioridad, se desarrolla un granuloma, un batriomicoma o una paroniquia.

Esta ultima es con frecuencia producida por Cándida Albicans a la que suele ir asociado el Staphylococcus Aureus, Streptococcus Beta-hemolítico o, mas raramente la Pseudomonas aeruginosa.

DIAGNOSTICO

El ortejo tiene una apariencia tumefacta y eritematosa, dejando un espacio abierto entre el repliegue y la matriz ungueal, en el que se acumula material extraño y por donde con frecuencia se evacua serosidad purulenta. La

paroniquia candidiasica se caracteriza por presentar un aspecto de escaldadura con perdida de cutícula.

La paroniquia también puede ser secundaria a un traumatismo sobre el repliegue ungueal relacionado con las manipulaciones podológicas.

Puede obtenerse una muestra de pus para estudio bacteriano y micologico con la finalidad de prescribir antibiótico terapia en forma mas precisa.

TRATAMIENTO

El primer objetivo del tratamiento es eliminar la porción de uña que irrita la piel.

La paroniquia puede solucionarse con un simple desbridamiento practicado en el Angulo del absceso y la administración de antibiótico terapia oral, asociada a un tratamiento tópico anticandidiasico y antibacteriano en forma liquida ejemplo povidona yodada. En casos mas avanzados seria necesaria la ablución del borde de la uña implicada bajo anestesia local, siendo fundamental, en el paciente diabético, realizar previamente una valoración del estado de la perfusión arterial del pie mediante examen hemodinamico.

Posteriormente, se aplicara siempre una compresa con povidona yodada.

En los casos de recidiva es aconsejable practicar ablución del borde de la uña hasta la matriz o incluso la ablución total de la misma.

En cualquier caso, la profilaxis encaminada a evitar los factores mecánicos que favorecen la aparición de la uña incarnada, es un aspecto básico de educación sanitaria que el enfermo diabético deberá recibir de sus educadores.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Primer Control

Paciente se presenta el día 26 octubre 2004 derivado de un Consultorio de Salud, con un cuadro de onicocriptosis 7 grado, en primer orjejo pie izquierdo, borde externo, edematoso y eritematoso con abundante secreción purulenta y dolor exacerbado, presencia de tumor telangiesticico

El tratamiento elegido es efectuar un lavado por arrastre con suero fisiológico aplicación de crema bactericida y sellado con Cemento quirúrgico tipo Prothoplast. Se indica que deberá concurrir a las 24 horas.

Segundo Control

Paciente con surcos periungueales despejados, tumor disminuido. Se efectuó Hemisectomia, corte parcial de la lamina ungueal en forma longitudinal de

Alejandro Iribarren G. Podólogo Clínico Registro 1.271 S.S.M.N. Minsal

distal a proximal. Lavado con suero fisiológico, aplicación de puente de gasa con povidona yodada y apósito no oclusivo. Se indica control a las 48 horas.

Tercer Control

29 octubre 2004 Paciente acude a control, buena evolución, herida limpia sin infección, exudación moderada a leve, ausencia de dolor.



ESTADO DE LA HERIDA

Incidencias

Efectuada la anamnesis podológica específica, paciente manifiesta haber realizado gran actividad Pedestre, no haber efectuado reposo relativo y un descuido con el vendaje aposito no oclusivo, incluso humedecido en la ducha.

Observaciones: paciente presenta un cuadro de hiperhidrosis y dermatomicosis intertriginosa.

Se determina efectuar un tratamiento de curación usando un tipo de aposito Hidrocoloide formado con polímeros absorbentes formadores de gel y mezcla de un 30% de alginato de calcio lo que aumentara las características absorbentes.

TRATAMIENTO

- Retirar aposito antiguo
- Exéresis del tejido macerado, desbridamiento
- Limpieza de herida, irrigación con suero fisiológico
- Postura de aposito hidrocoloide en forma de puente, introducido en el espacio, surco y borde periungueal
- Se coloca cinta fix, elástica, micro poroso, de fácil adherencia y adaptabilidad a la morfología del orjejo.

INDICACIONES

- Control en 5 días, dependiendo del drenaje y saturación
- Acudir a control anticipadamente en caso de filtraciones o rotura.
- Educación en aseo y secado prolijo
- Considerar tratamiento para la dermatomicosis



PARCHE HIDROCOLOIDE (ULTEC PRO de tyco)



VENDAJE SEGUNDARIO (Tela Elástica, hipoalergénico, microporosa)

CONCLUSIONES

Existen demasiadas sugerencias a la hora de elegir una propuesta para un óptimo cuidado de las heridas. Siempre la mejor elección estará supeditada al tipo de herida, el estado general del paciente y a la disponibilidad de costos para elegir los mejores materiales de curación y el personal más idóneo.

En este caso considerando los parámetros de la herida como Ubicación, tamaño, exudación, profundidad, apariencia del tejido, piel circundante, no-infección, inflamación y evolución.

La condición del estado general del paciente, sus actividades rutinarias con alto grado de esfuerzo pedestre, los factores predisponentes de hiperhidrosis no controlada son factores negativos para alcanzar una óptima cicatrización. Es así como considero variar los procedimientos tradicionales de curación. Esto es cambiar el puente de gasa estéril con povidona yodada por un tipo de parche hidrocoloide, si bien es cierto el procedimiento tradicional tiene respetables índices de efectividad, no resulta óptimo en este tipo de pacientes.

En otras experiencias realizadas, en la cual se usaron apósitos hidrocoloides reemplazando los puentes que separan la lámina ungueal del tejido adyacente posterior a la Hemiceptomia, incluso en pacientes Diabéticos controlados, entregaron excelentes resultados.

La Podología como disciplina nueva, en constante desarrollo asume y adopta este tipo de procedimiento de curaciones, con la finalidad última de beneficiar al paciente evitando las complicaciones, muchas veces lamentables, de los procedimientos tradicionales que no siempre eran efectivos en diferentes tipos de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Folleto Guía de Procedimientos Kendall para el cuidado de Heridas
- Literatura extractada del Diploma Prevención y manejo integral del Paciente con lesiones crónicas: Universidad de Concepción, facultad de Medicina, Dpto. de Enfermería. 2004
- Pagina web www.podología.cl
- Manual de Cirugía menor, Dr. Sergio puente G. MINSAL año 1998
- Extractos asignatura Podología del Paciente Diabético, Escuela de Podología Clínica C.F.T. Barros Arana
- Manual Merck, Información Medica, Merck Sharp & Dohme, Editorial Océano