



***AUNANDO ESFUERZOS***

Vigo, 13-14 Septiembre 2019

# DEHISCENCIA DE SUTURA TRAS OSTEOSÍNTESIS DE FRACTURA DE PILÓN TIBIAL

*Ana Bello Jamardo*

*Patricia Petinal Padín*

*Hospital do Salnés (EOXI Pontevedra-O Salnés)*

# INTRODUCCIÓN I

- Las heridas en las que se exponen tejidos nobles como tendones o huesos suponen un reto al que la enfermería se enfrenta diariamente.
- Las nuevas tecnologías y el trabajo multidisciplinar facilitan el afrontamiento eficaz de estas lesiones, garantizando la viabilidad de los tejidos y evitando complicaciones.

# INTRODUCCIÓN II

- Presentamos el caso de una paciente de 59 años, sometida a **osteosíntesis** tras **fractura de pilón tibial** izquierdo por caída accidental (13/06/2018).
- En el postoperatorio presenta infección de la herida quirúrgica con secreción purulenta, **dehiscencia de sutura**, pérdida de sustancia y exposición del tendón del músculo tibial anterior.



# OBJETIVOS

- Disminuir la carga bacteriana y controlar la infección.
- Cubrir los tendones expuestos.
- Recuperar la capacidad funcional.
- Evitar la extracción de material de osteosíntesis.
- Empoderar a la paciente, mejorar su confort y facilitar la adhesión al tratamiento.

# MATERIAL Y MÉTODO I

- El 28/06/2018 se realiza limpieza, desbridamiento quirúrgico y cura con terapia de presión negativa (TPN). Se recogen muestras de exudado para microbiología y se inicia antibioterapia sistémica.
- Se solicita interconsulta al servicio de cirugía plástica para realizar cobertura quirúrgica.



# MATERIAL Y MÉTODO II

- Continúa con TPN hasta el ingreso en el servicio de cirugía plástica del hospital de referencia el 31/07/2018, momento en el que se le realiza cobertura del defecto mediante *colgajo de sural a flujo retrógrado*.



# MATERIAL Y MÉTODO III

- Tras el alta realiza curas en Atención Primaria hasta **enero 2019**, que solicita valoración de enfermería de consulta hospitalaria de heridas por presentar drenaje hemato-purulento a través de:
  - dos pequeños orificios distales con trayectos comunicados que conectan con una cavidad bajo el injerto.
  - Tres orificios proximales, uno de ellos expone tejido óseo y material de osteosíntesis.
- Se realiza cura en ambiente húmedo (CAH) tras legrado y limpieza exhaustiva de trayectos con suero fisiológico y solución de polihexamida, con hidrofibra de hidrocoloide y espuma, 2 veces/semana monitorizando trayectos fistulosos.



11/02/2019



# MATERIAL Y MÉTODO IV

21/02/2019

- Carga bacteriana controlada.
- Persiste visualización de hueso y material de osteosíntesis.
- Iniciamos cura con TPN ultraportátil.



# MATERIAL Y MÉTODO V



# MATERIAL Y MÉTODOS VI

Tras 1 mes con TPN ultraportátil, realizamos CAH.



27/03/2019

- Persiste trayecto fistuloso de 2,8cm con *probe to bone* positivo.
- Iniciamos lavados con solución de ácido hipocloroso.

16/05/2019

Cicatrización completa



# RESULTADOS

- La paciente recuperó la funcionalidad y la sensibilidad del miembro afectado.
- Se evitó una nueva intervención quirúrgica para la extracción de material de osteosíntesis.
- La toma de decisiones terapéuticas consensuadas con la paciente facilitó su adhesión al tratamiento y su confort.

# CONCLUSIONES – DISCUSIÓN I

- En consonancia con la bibliografía consultada, el uso de TPN favoreció la preparación del lecho de la herida para la realización de la cobertura mediante colgajo; la TPN ultraportátil de un solo uso favoreció la buena evolución de las lesiones fistulosas, permitiendo su cierre por segunda intención.
- Observamos una aceleración en la evolución de la fístula con exposición ósea desde el inicio de lavados con ácido hipocloroso. Consideramos necesario realizar estudios que aporten evidencia científica al uso de este antiséptico en heridas.



# CONCLUSIONES – DISCUSIÓN II

- El **empoderamiento** del paciente facilita una mayor adhesión a los tratamientos y satisfacción del usuario.
- **Derecho** del paciente a **participar** en las decisiones que afectan a su vida.
- Estudios para **medir valor añadido** que puede aportar el **empoderamiento** del paciente.

# BIBLIOGRAFÍA

- 1. Gupta S. Optimal use of negative pressure wound therapy for skin grafts. *Int Wound J.* 2012;9 (Suppl 1):40–7.
- 2. Azzopardi EA, Boyce DE, Dickson WA, Azzopardi E, Laing JH, Whitaker IS, Shokrollahi K. Application of topical negative pressure (vacuum-assisted closure) to split-thickness skin grafts: a structured evidence-based review. *Ann Plast Surg.* 2013 Jan;70(1):23-9.
- 3. Moisisidis E, Heath T, Boorer C, Ho K, Deva AK. A prospective, blinded, randomized, controlled clinical trial of topical negative pressure use in skin grafting. *Plast Reconstr Surg* 2004;114:917–22.
- 4. Llanos S, Danilla S, Barraza C, Armijo E, Pineros JL, Quintas M, et al. Effectiveness of negative pressure closure in the integration of split thickness skin grafts. A randomized, double-masked, controlled trial. *Annals of Surgery* 2006;244(5):700-5.
- 5. Maruccia M, Onesti MG, Sorvillo V, et al. An Alternative Treatment Strategy for Complicated Chronic Wounds: Negative Pressure Therapy over Mesh Skin Graft. *BioMed Research International.* 2017;2017:8395219.
- 6. Sarabia Cobo CM, Castanedo Pfeiffer C. ¿En qué consiste la presión tópica negativa? ¿Es eficaz/eficiente en el cierre de heridas complejas? *Revisión del tema Gerokomos vol.25 no.1 Barcelona mar. 2014*
- 7. Buendía Pérez J, Vila Sobral A, Gómez Ruiz R, Qiu Shao SS, Marré Medina D, Romeo M, Rodríguez-Losada Marco G, Aubá Guedea C, Hontanilla Calatayud B. Tratamiento de heridas complejas con terapia de presión negativa. Experiencia en los últimos 6 años en la Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona (España). *Cir. plást. iberolatinoam.* vol.37 supl.1 Madrid dic. 2011
- 8. Yuste Benavente V, Rodrigo Palacios J, Silva Bueno M, Monclús Fuertes E, Gómez-Escolar Larrañaga L. Tratamiento mediante terapia de presión negativa VAC® de herida infectada tras artrodesis raquídea. *Cir. plást. iberolatinoam.* vol.37 supl.1 Madrid dic. 2011
- 9. <http://www.ub.edu/senesciencia/noticia/empoderamiento-del-paciente/>