

ÚLCERAS CUTÁNEAS: EMPECEMOS POR ABORDAR LAS CAUSAS (PARTE I)

SORAYA LIZUNDIA, YOLANDA SALABERRI, LAURA BALAGUÉ, BELÉN ESKISABEL, MARÍA MÍGUEZ, MAGDALENA PÉREZ, MIRIAM ROS, ELENA SÁENZ

Sumario

Parte I

- **Introducción**
- **Úlcera por presión**
 - **Prevención: el mejor tratamiento**
 - **Tratamiento de las úlceras establecidas**
- **Úlceras vasculares de extremidad inferior**
 - **Diagnóstico**
 - **¿Cómo interpretar el doppler?**
 - **Tratamiento de las úlceras vasculares**
- **Pie diabético**

Parte II

- **Tratamiento local de las úlceras**
 - **¿Desbridamiento?**
 - **Cura local**
- **¿Y si la úlcera se infecta?**
- **Clasificación de apósitos según indicación**

INTRODUCCIÓN

La úlcera cutánea se puede definir como la lesión de la piel con una escasa o nula tendencia a la cicatrización mientras se mantenga la causa que la produce¹. Las úlceras cutáneas merman ostensiblemente la calidad de vida de las personas afectadas y suponen un importante gasto para la sanidad pública. El peso de su abordaje, que engloba el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de recurrencias, recae principalmente en atención primaria. No obstante, la complejidad de los factores a controlar requiere en ocasiones un abordaje multidisciplinar, si bien, por lo general, los criterios de derivación no están definidos y no está claro qué profesionales deben intervenir.

El término «úlceras cutáneas» puede llevar a ignorar las distintas patologías que originan las úlceras. El boom del desarrollo de los materiales de aplicación tópica contribuye a aumentar la confusión y a centrar el problema en la lesión y no tanto en la etiología, dando excesiva importancia al tratamiento tópico.

En el momento actual, el gran reto consiste en prevenir la aparición de úlceras, tratarlas adecuadamente según su etiología, evitar las recurrencias y, en el caso del pie diabético, evitar además las amputaciones.

Recientemente Osakidetza ha publicado un protocolo de úlceras por presión (accesible en la intranet)² y está en elaboración otro sobre úlceras vasculares de las piernas.

El objetivo de este boletín es analizar las intervenciones más habituales en el manejo de las úlceras cutáneas mostrando su base científica, o la ausencia de la misma, sin olvidar que el «abordaje global» es algo más que una expresión.

ÚLCERA POR PRESIÓN

Una úlcera por presión (UPP) es una lesión de origen isquémico localizada en la piel y tejidos subyacentes, producida por la presión, fricción o tracción o por una combinación de las mismas. Como resultado de la hipoxia tisular en la zona, aparece una degeneración rápida de los tejidos, cuya gravedad puede ir desde un ligero enrojecimiento de la piel hasta úlceras profundas que afectan al músculo e incluso al hueso².

«El boletín INFAC es una publicación mensual que se distribuye gratuitamente a las y los profesionales sanitarios de la CAPV. El objetivo de este boletín es la promoción del uso racional del medicamento para obtener un mejor estado de salud de la población».

Prevención: el mejor tratamiento

La gran mayoría de las UPP pueden prevenirse, por lo que es fundamental valorar el riesgo de desarrollar úlceras de los pacientes. Para ello existen diversas escalas de valoración de riesgo cuya utilización complementa, aunque no reemplaza, al juicio clínico, ya que hay pocas pruebas de que sean mejores que este último³.

En nuestro medio, la escala de Gosnell modificada es la más utilizada en atención hospitalaria y la escala de Braden en atención primaria².

La prevención de las úlceras por presión en aquellos pacientes susceptibles de desarrollarlas se centra en varios aspectos fundamentales^{2,3}:

• Cuidado de la piel:

- valorar su estado.
- mantenerla limpia, seca e hidratada: limpieza con agua tibia y jabón, aplicar crema hidratante excepto en los pliegues cutáneos. Valorar la posibilidad de utilizar ácidos grasos hiperoxigenados en las zonas de riesgo si la piel está intacta.
- prestar atención a las zonas con lesiones previas.
- mantener la ropa limpia, seca y sin arrugas.
- valorar la utilización de apósitos protectores (poliuretanos transparentes, hidrocoloides extrafinos, etc.) para evitar lesiones por fricción.

- **Manejo de la humedad:** valorar y tratar en pacientes que presenten incontinencia, sudoración profusa, drenajes o exudado de heridas. En zonas con humedad excesiva y continuada, utilizar cremas de óxido de zinc u otros productos de barrera.
- **Manejo de la presión:** movilización, cambios posturales, utilización de dispositivos de disminución de la presión (como los colchones antiescaras).
- **Educación para la salud:** del paciente y/o cuidador con especial atención a los métodos para reducir o distribuir la presión.
- **Nutrición:** garantizar una nutrición e hidratación adecuadas. Suministrar apoyo/suplementación nutricional a los pacientes con carencias nutritivas. Son factores predictivos de UPP el descenso del peso corporal, la disminución del pliegue del tríceps, la linfocitopenia y una transferrina baja^{4,5}.

Tratamiento de las úlceras establecidas

El tratamiento de las UPP es básicamente similar a su prevención: disminución de la presión y mantenimiento de una nutrición adecuada. El objetivo del tratamiento es tanto prevenir la extensión de la lesión como promover la cicatrización¹. El equipo de cuidadores debería identificar los factores que pueden impedir que la úlcera se cierre y corregirlos⁴. En cuanto al tratamiento local, consiste en la limpieza y la creación de un ambiente húmedo mediante apósitos (ver parte II: Tratamiento local de las úlceras).

¿Cuál es el papel de los ácidos grasos hiperoxigenados en la prevención de las UPP?

Solamente se ha publicado un ensayo clínico con una mínima calidad metodológica (aleatorizado y doble ciego). Se trata de un ensayo de 380 pacientes y 30 días de duración, en el que, al considerar el análisis por protocolo, un producto que contiene ácidos grasos hiperoxigenados reduce de manera significativa la incidencia de úlceras por presión frente a placebo (7,32% vs 17,37%) con un NNT de 10 (hay que tratar a 10 pacientes durante 30 días para evitar la aparición de una úlcera).

Sería deseable conocer el resultado según el análisis por intención de tratar, el más recomendable, y que, en cualquier caso, estos datos se confirmaran en nuevos estudios.

Torra I, Bou JE, Segovia-Gómez T, et al. The effectiveness of a hyperoxygenated fatty acid compound in preventing pressure ulcers. J Wound Care. 2005;14:117-21.

ÚLCERAS VASCULARES DE EXTREMIDAD INFERIOR

La úlcera vascular de extremidad inferior se define como una lesión abierta entre la rodilla y el pie, cuya cicatrización no se ha producido después de 4-6 semanas^{6,7}.

Las úlceras venosas suponen aproximadamente el 70% de las úlceras vasculares¹. En el Reino Unido su prevalencia estimada es de 0,15-0,3%, alcanzando el 2% en los mayores de 80 años⁶. Estas úlceras se desarrollan como consecuencia de una insuficiencia venosa crónica en la

que el sistema valvular no consigue provocar el retorno venoso y ello provoca una hipertensión venosa mantenida en el tiempo⁸.

Las úlceras arteriales (10% de los casos) se producen por una inadecuada perfusión de sangre arterial de los miembros inferiores que conduce a hipoxia y daño tisular. La causa más frecuente es la enfermedad aterosclerótica de las arterias grandes y medianas⁸.

Un 20% de las úlceras vasculares son producidas por insuficiencia venosa y arterial combinadas, son las denominadas úlceras mixtas⁶.

Diagnóstico

El diagnóstico de la úlcera requiere estudiar la historia del paciente, atender a los hallazgos encontrados en la exploración y realizar un Doppler para detectar la presencia de insuficiencia arterial. Si se sospecha una causa alternativa u otro tipo de condición asociada se realizarán pruebas complementarias⁶.

¿Cómo interpretar el Doppler?⁶

La ausencia de pulsos en los pies puede indicar insuficiencia arterial; sin embargo, no es un método suficientemente sensible, por lo que es preciso calcular el índice tobillo-brazo (ITB) mediante un Doppler.

En patologías como diabetes, enfermedad aterosclerótica o artritis reumatoide, la calcificación de los vasos puede provocar valores falsamente elevados del ITB por lo que, con ITB de 0,90 o menores, se recomienda derivar estos pacientes al segundo nivel asistencial para una valoración adecuada⁹.

La técnica del Doppler es fundamental en las consultas de enfermería de atención primaria. En este enlace se puede encontrar información sobre el procedimiento de realización: http://www.aeev.net/index3.php?iframegran=yes&pdf=boletines&url=Boleti_n_2002.pdf

Diagnóstico y manejo de úlceras vasculares de extremidades inferiores⁶

ITB	DIAGNÓSTICO	MANEJO
>0,8	Con signos de insuficiencia venosa: úlcera venosa	La compresión se puede utilizar de forma segura
0,5-0,8	Existe enfermedad arterial A. sin signos de insuficiencia venosa: úlcera arterial B. con signos de insuficiencia venosa: úlcera mixta	A. evitar la compresión B. podría utilizarse un vendaje de contención (compresión 0 en reposo mediante la bota Unna) con la valoración frecuente por parte de un profesional experimentado Derivar al segundo nivel para su evaluación
<0,5	Probablemente, úlcera arterial, aunque haya signos de insuficiencia venosa	La compresión está contraindicada. Si no estaba diagnosticado, referir al segundo nivel para su evaluación

Características diferenciales de las úlceras venosas y arteriales (modificada de Grey JE (ref. 8))

	Úlceras venosas	Úlceras arteriales
Historia	Historia de venas varicosas, TVP, insuficiencia venosa o incompetencia venosa	Historia sugestiva de enfermedad arterial periférica, claudicación intermitente y/o dolor en reposo
Localización habitual	Supramaleolar interna	Pie, dedos del pie, tobillo, perimaleolar externa
ITB	>0,8	<0,5
Nivel de exudado	Generalmente alto	Generalmente bajo
Dolor	No intenso a no ser que se asocie a edema excesivo o infección	Dolor, incluso en reposo y en ausencia de infección
Edema	Habitual	No frecuente
Otras características	Eczema venoso, lipodermatosclerosis, placas de atrofia blanca, hemodiosiderosis	Piel pálida y fría, cambios tróficos, podría haber gangrena
Tratamiento	Compresión	Cirugía para resolver la insuficiencia arterial

ITB: índice tobillo-brazo; TVP: trombosis venosa profunda.

Tratamiento de las úlceras vasculares

El tratamiento de las úlceras no se reduce únicamente a aplicar un tratamiento local: supone realizar un abordaje global del paciente incidiendo sobre los factores de riesgo y las patologías asociadas.

Úlceras venosas⁶

El tratamiento básico de las úlceras venosas (con un ITB>0,8) es la compresión mantenida.

La obesidad y el sedentarismo se han identificado en al menos un tercio de los pacientes. Salir a caminar todos

los días es un ejercicio suave recomendable para todos los pacientes con úlceras venosas.

El reposo con las piernas elevadas favorece la velocidad de retorno venoso.

En una revisión sistemática Cochrane de 12 ensayos clínicos (n=864) se observó que pentoxifilina reduce el tiempo hasta la curación completa de la úlcera como complemento al vendaje de compresión y que también puede ser útil cuando la compresión está contraindicada¹⁰.

En cuanto al tratamiento local, consiste en la limpieza y la creación de un ambiente húmedo mediante apósitos (ver parte II: Tratamiento local de las úlceras).

En caso de úlcera persistente, se deben revisar todos los factores a controlar (estilos de vida, ortostatismo, etc.) y plantear como objetivo la mejora de la calidad de vida del paciente, controlando los síntomas y previniendo las complicaciones.

Una vez curada la úlcera, el objetivo será prevenir recu-

*El tratamiento
básico de las úlceras venosas
es la compresión*

rrencias mediante un seguimiento del paciente cada 6-12 meses para identificar factores de riesgo y la adhesión a un estilo de vida adecuado. Plantearse realizar nuevo doppler periódicamente.

Úlceras arteriales⁸

La aparición de una úlcera isquémica es indicativa de una arteriopatía obstructiva en fase avanzada. Mientras no se restaure la circulación difícilmente curará la úlcera.

Como medidas generales, se debe ayudar a los pacientes a abandonar definitivamente el tabaco (ver INFAC. 2008;16(1)). También se debería mejorar el control de la diabetes, la hiperlipidemia y la hipertensión (no utilizar vasoconstrictores como los betabloqueantes no selectivos).

La pentoxifilina está indicada en estos pacientes¹¹ y, al igual que en las úlceras venosas, caminar es beneficioso. Tratamiento local (ver parte II).

PIE DIABÉTICO⁹

La mayoría de las úlceras de pie de las personas diabéticas aparecen en pacientes con neuropatía e isquemia. En el diagnóstico de neuropatía, el test del monofilamento es el instrumento más extendido en atención primaria. Un índice tobillo-brazo de 0,90 o menor sugiere enfermedad arterial periférica.

El tabaco es un predictor de amputación por lo que se debe promover su abandono.

El cribado dentro de un programa estructurado de atención al pie diabético reduce de forma significativa las amputaciones mayores a los dos años; en pacientes con úlceras reduce el progreso a amputaciones.

La escala de Wagner clasifica las úlceras del pie diabético. Las intervenciones para tratar las úlceras de grado 1 en esta escala se basan fundamentalmente en un recubrimiento adecuado de la lesión, tratamiento de la infección y alivio de la presión. Las úlceras de grado 2-5 en la escala Wagner requieren valoración en el segundo nivel.

Las personas con diabetes que han tenido una úlcera previa deben poner una atención especial en la higiene y cuidado de los pies y en la utilización de un calzado adecuado para prevenir las recurrencias.

Últimamente hemos recibido numerosas peticiones de personas que prefieren dejar de recibir en formato papel tanto el INFAC, como la ficha Nuevo Medicamento a Examen, por tenerlas disponibles en la web. Si prefieres no recibir estas publicaciones en papel puedes mandar un correo electrónico a la siguiente dirección: cevime4-san@ej-gv.es

Galdera, iradokizun edo parte-hartze lanak nori zuzendu / Para consultas, sugerencias y aportaciones dirigirse a: zure eskualdeko farmazialaria / el farmacéutico de su comarca o CEVIME/MIEZ - tel. 945 01 92 66 - E-mail: cevime-san@ej-gv.es

Idazkuntza Batzordea / Consejo de Redacción: José Ramón Agirrezabala, Iñigo Aizpurua, Miren Albizuri, Iciar Alfonso, María Armendáriz, Sergio Barrondo, Arrate Bengoa, Arritxu Etxeberria, Julia Fernández, Susana Fernández, Ana Isabel Giménez, Juan José Iglesias, Josune Iribar, Jesús Iturralde, Nekane Jaio, Itxasne Lekue, Garbiñe López, M^a José López, Javier Martínez, Carmela Mozo, Elena Olloquiegi, Elena Ruiz de Velasco, Rita Sainz de Rozas, Elena Valverde.



Osakidetza



Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

ISSN: 1575054-X · D.L.: BI-587-99