

## Relevancia de los cuidados multidisciplinarios de la piel perilesional

Sr. Director:

La piel es un órgano que desempeña una gran variedad de funciones: protección frente agresiones externas, impermeabilización, termorregulación, producción de vitamina D, absorción de radiación ultravioleta y detección de estímulos sensoriales.

Desde el punto de vista embriológico la piel se compone de:

- Epidermis y anejos cutáneos, derivados del ectodermo. Las terminaciones nerviosas de la piel y los melanocitos de la epidermis provienen del neuroectodermo.
- Dermis con la grasa subcutánea, derivados del mesodermo.

La epidermis es un epitelio poliestratificado queratinizado del que surgen estructuras como folículos pilosebáceos, glándulas sudoríparas y uñas. La epidermis consta de cuatro tipos celulares: queratinocitos, melanocitos, células de Merkel de las terminaciones nerviosas y células fagocíticas de Langerhans.

Los queratinocitos son las células mayoritarias, germinan en el estrato basal de la epidermis y van ascendiendo formando los estratos: espinoso, granuloso, lúcido (en palmas y plantas) y córneo. A medida que se produce este ascenso el queratinocito va aumentando su contenido en queratina hasta que la célula se aplana, muere y finalmente se desprende, este ciclo o tiempo de tránsito epidérmico dura unos 30 días.

La dermis está formada por tejido conectivo: fibras de colágeno y elastina en las que se encuen-

tran los fibroblastos, vasos sanguíneos, linfáticos y nervios. La dermis constituye el sostén de la epidermis.

El pánículo adiposo o hipodermis es una capa inferior o más profunda a las dos anteriores (dermis y epidermis) y está compuesto de adipocitos. Tiene las funciones principalmente de aislamiento térmico y reserva nutricional.

Las enfermedades dermatológicas se diagnostican mediante una anamnesis, exploración física y las pruebas complementarias según cada proceso. Se clasifican las lesiones del sistema tegumentario como primarias (se originan en una piel sana sin motivo externo) y secundarias (relacionadas con la agresión de un factor ambiental) (1).

Ante cualquier patología o lesión que produzca una solución de la continuidad de la piel y origine una herida (puede ser de diferente forma, profundidad...), se genera una piel perilesional. La piel perilesional es el tejido que rodea o circunscribe la propia herida y presenta una relevancia especial en el proceso de curación, precisando de unos cuidados específicos y seguimiento evolutivo (en ocasiones el interés profesional se centra en el lecho o interior de la lesión).

La piel perilesional se encuentra alrededor de la herida, úlcera, estoma, etc., y es donde se pueden establecer patrones de medición, evaluación y cuantificación de las heridas; se pueden clasificar de modo más correcto y protocolizar cuidados específicos a cada una de ellas. En las úlceras o heridas crónicas, se utilizan escalas estandarizadas de valoración centradas en la evolución y estado del lecho de la herida principalmente (Escala Braden, Norton, EMINA...). La prevalencia

de úlceras por presión se mantiene estable entre el 7%-8% en hospitales, aumenta hasta el 7.9%-9.1% en pacientes con atención domiciliaria en atención primaria, y asciende hasta el 12.6-14.2% en centros de salud. La mayoría de las lesiones (65%) son de origen nosocomial, originadas durante el ingreso en hospitales o centro de salud. No hay cambios en el perfil de los pacientes con úlceras por presión, predomina el sexo femenino (excepto en hospitales, donde son más frecuentes en varones), con una edad por encima de 72 años. En cuanto al tipo de lesiones, la mayor parte son debidas a la presión y lesiones combinadas de presión y humedad (2).

Las características o signos clínicos de la piel perilesional aportan información clave para orientar los cuidados:

- Si una piel se encuentra macerada en su periferia, es fundamental el control óptimo de la humedad.
- Si se aprecia hiperemia, eritema y rubor alrededor de la herida, se sospecha de una infección.

La piel perilesional es el tejido íntimamente relacionado con la herida, por tanto su evolución depende de ella. Para el correcto tratamiento de la herida, es necesario conocer el estado y las características de la propia herida, así como de la piel circundante.

En los tejidos perilesionales, se diferencian alteraciones comunes o complicaciones concretas con características específicas (3):

- *Maceración*: acumulación excesiva en la piel de líquidos o fluidos durante un periodo de tiempo prolongado, que acaba generando un reblandecimiento, sin rotura de la piel pero con riesgo de sobreinfección elevado al perder las funciones de barrera y defensa epidérmicas. Estos fluidos en exceso, pueden ser producidos por la propia herida (exudado) o consecuencia de la asociación de otros líquidos corporales (sudor, orina, heces, transpiración).
- *Eritema*: enrojecimiento de los tejidos más superficiales por una vasodilatación subyacente. Suele ser el primer signo de alar-

ma para la detección de ulceraciones por presión.

- *Edema*: la acumulación incrementada de líquidos en los tejidos produce la inflamación de los mismos. El edema perilesional puede ser signo de infección local o alteración en el retorno venoso por diferentes motivos: mala colocación de vendajes o medias, insuficiencia venosa periférica, etc.
- *Prurito*: sensación de picor que lleva al paciente a tener la necesidad o deseo de rascarse.
- *Excoriación*: pérdida de la dermis visible y de origen multifactorial. En ocasiones, si no se ajusta bien la adhesión del apósito terapéutico y tiene demasiada capacidad de adherirse a los tejidos, al retirarlos puede excoriarlos.
- *Descamación*: desprendimiento de tejidos epiteliales traslucidos en forma de escamas que se aconseja ser retiradas de forma suave y sin traccionar de las mismas.
- *Vesícula*: engrosamiento epidérmico de menos de 5 mm de diámetro con contenido líquido seroso generalmente y relacionada con la irritación local por agentes externos agresivos.

Destaca la aparición de dermatitis por contacto de tipo alérgico e irritativo. En estos casos es esencial determinar la etiología que provoca esta afección para evitar el contacto con la herida (esparadrapo, diversos apósitos, guantes, antisépticos...)

Los productos farmacológicos destinados al tratamiento de la perilesión son múltiples y cada uno reúne una o varias características para cada caso en concreto, siendo conveniente valorar el estado de la zona adyacente a la herida y determinar el material de cura más idóneo para favorecer las condiciones óptimas de curación de la herida (4).

Se usa el concepto de cura en ambiente húmedo para los cuidados de la piel que engloba la herida en sus alrededores tanto en ostomias, úlceras, heridas, ampollas, etc. La cura en ambiente húmedo integra la preparación del lecho de la

herida en un ambiente de humedad adecuada para favorecer la eliminación de inconvenientes en la cicatrización, estimulación del proceso de cicatrización, control de la infección, eliminación de tejidos desvitalizados, manejo del exudado y mantenimiento del tejido perilesional.

Se deben promover las siguientes recomendaciones en los profesionales sanitarios que interactúan con heridas de cualquier tipo y ofrecer las medidas más idóneas para el tratamiento de las mismas (5):

1. Evitar que las condiciones del borde lesional se encuentre en condiciones no favorables como son la maceración, tejidos desvitalizados, esclerosados.
2. Mantener la piel de alrededor limpia y seca.
3. Seleccionar el apósito que mantenga el adecuado nivel de humedad para favorecer los procesos de cicatrización.
4. Emplear los apósitos y productos de limpieza o lavado que generen en la higiene de la herida la menor fuerza mecánica para evitar destruir los nuevos tejidos.
5. Utilizar un vendaje apropiado para proteger la lesión o la piel circundante además de favorecer la circulación local, cuando sea necesario.
6. Asegurarse de eliminar el producto medicamentoso empleado en curas anteriores para posteriormente aplicar el nuevo con seguridad.

La protección de la piel perilesional y del propio lecho de la herida es fundamental en el manejo de la misma, es decir, son necesarias las medidas encaminadas a la prevención mediante productos farmacológicos que fortalezcan la integridad cutánea y el manto hidrolipídico no pierda su función natural bactericida. Estos productos barrera pueden estar enfocados a hidratar la zona, ser astringentes y dermatoprotectores: compuestos de óxido de zinc, sulfato de cobre, propilenglicol, heparinoides, ácidos grasos hiperoxigenados (6).

Un caso clínico de una mujer de 60 años, sin antecedentes previos ni alergias conocidas sufre un proceso de neumonía comunitaria grave con sepsis

Imagen. Úlcera por presión grado IV en zona sacra de diámetro mayor 5 cm, diámetro menor 3.5 cm. Lecho de la úlcera necrótico con zona esfacelada en la región derecha de la imagen. Bordes edematizados, hiperémicos y sobre elevados. Piel perilesional con diversas excoriaciones



secundaria asociada y precisa ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos. Transcurridos 2 meses se procede al alta hospitalaria tras la remisión clínica de la patología, presentando una úlcera por presión a nivel de la región sacra como complicación por la inmovilización. La paciente recibe la continuidad de cuidados por parte del equipo de Atención Primaria donde se programa un seguimiento de curas, educación sanitaria respecto a la prevención, vigilancia de la piel y manejo de energía, también se abordan aspectos nutricionales y de enseñanza de habilidades al cuidador principal.

En la visita domiciliar se establecen como objetivos: determinar el rol habitual del paciente dentro del sistema familiar, promocionar los hábitos saludables, educación sanitaria sobre el proceso de curación de la herida, se entrevista al paciente y cónyuge (cuidador principal) para valorar la interrelación familiar y conocer el ambiente familiar. Dadas las necesidades percibidas, se facilita a la paciente, a través de la trabajadora social y la enfermera gestora de casos, una cama articulada y colchón de presión alternante.

En la exploración física se observa una úlcera por presión grado IV con afectación de la totalidad del espesor de los tejidos con necrosis y esface-

los (según clasificación de GNEAUPP, es decir, Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en las Úlceras Por Presión y heridas crónicas) (imagen).

Se realiza un desbridamiento enzimático tras la retirada de esfacelos y tejidos necrosados con pinza y bisturí previamente. Se aplican productos barrera para evitar la maceración perilesional debido a la proximidad de las heridas con la vía urinaria y fecal (existe una complicación añadida por la incontinencia de la paciente).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Garcia-Fernandez FP, Soldevilla-Agreda JJ, Verdu J, Pancorbo-Hidalgo PL. A new theoretical model for the development of pressure ulcers and others dependence-related lesions. *J Nurs Scholarship*. 2014;46(1):28-38.
2. Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, Torra i Bou J-E, Verdú Soriano J, Soldevilla-Agreda JJ. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4.º Estudio Nacional de Prevalencia. *Gerokomos*. 2014;25(4):162-70.
3. Castillo Lizarraga MJ, Sanz Sanz M, Cruz Martos MA. Recomendaciones para el tratamiento local de las úlceras cutáneas crónicas. *FMC - Form Médica Contin En Aten Primaria*. 2011;18(10):664-72.
4. Morgado-Carrasco D, Fustà-Novell X, Pedregosa-Fauste S, Alsina-Gibert M. Apósitos para úlceras. *Piel*. 2017;32(5):305-9.
5. Ruiz Blasco E, Martín Peral P, Rodríguez Leal MC, de los Santos Moreno A. Protocolo de tratamiento de úlceras cutáneas y pie diabético. *Med - Programa Form Médica Contin Acreditado*. 2014;11(55):3296-9.
6. Bilgin M, Yapucu Günes U. A comparison of 3 wound measurement techniques. Effects of pressure ulcer size and shape. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2014;40(6):590-3.

Juárez Jiménez M<sup>a</sup>V<sup>1</sup>,  
De La Cruz Villamayor JA<sup>2</sup>,  
Baena Bravo AJ<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Porcuna (Jaén)

<sup>2</sup>Enfermero de Atención Primaria. Centro de Salud de Vilches (Jaén). Graduado en Podología

<sup>3</sup>Enfermero de Área Quirófano. Hospital Infanta Margarita (Córdoba). Graduado en Podología

mariavillajuarezjimenez@gmail.com