

INFAAC

ESKUALDEKO FARMAKOTERAPI INFORMAZIOA INFORMACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA DE LA COMARCA

<http://www.euskadi.net/sanidad>

ULCERAS: DEL ABORDAJE GLOBAL A LA CURA LOCAL

En Octubre de 1996 publicamos un boletín sobre el tratamiento tópico de las úlceras cutáneas. En estos 3 años han salido nuevos productos a un mercado ya de por sí desordenado y hemos recibido numerosas solicitudes para que actualicemos el tema. Con este boletín pretendemos dar respuesta a esas demandas pero también incidir sobre dos aspectos fundamentales:

- 1. El tratamiento de las úlceras necesita un abordaje global.**
- 2. La úlcera mejor tratada es aquella que no llega a aparecer porque ha sido prevenida.**

Autoras: Nekane Jaio (Farmacéutica Comarca Interior), Soraya Lizundia (Enfermera C.S. Igorre), Carmen López (Enfermera C.S. Galdakao), Yolanda Salaberri (C.S. Arrigorriaga)

La cicatrización de las heridas es un proceso natural que normalmente no requiere de tratamientos especiales. Sin embargo, puede haber heridas crónicas y úlceras que no cicatrizan debido a la existencia de factores subyacentes. En esos casos, es necesario intervenir (1).

Las úlceras crónicas son un problema de atención multidisciplinar que genera una importante demanda, especialmente en los servicios de atención primaria. Se calcula que, en los países occidentales, 10 de cada 1.000 adultos van a tener una úlcera vascular crónica en algún momento de su vida, siendo la prevalencia de 1,1-3,0 por mil (2). En lo que se refiere a las úlceras por presión, según los estudios publicados afectan al 3-18,6% de los pacientes hospitalizados (3).

Las úlceras por presión se desarrollan sobre las prominencias óseas en las que la presión, las fuerzas de cizallamiento y la fricción producen un cese de la irrigación sanguínea que provoca la necrosis de los tejidos. El efecto de la presión disminuye con el movimiento pero es exacerbada por la exposición a orina o heces. Factores de

riesgo intrínsecos a la aparición de este tipo de úlceras son la enfermedad aguda (especialmente la deshidratación, fiebre e hipotensión), la edad avanzada, malnutrición e incontinencia. Las condiciones que reducen los movimientos espontáneos como la enfermedad de Parkinson, los accidentes cerebrovasculares, lesiones medulares y una sedación excesiva también aumentan el riesgo (3).

Se considera úlcera vascular de extremidades inferiores (EEII) aquella lesión abierta entre la rodilla y el tobillo que permanece sin cicatrizar al menos durante 4 semanas. Estudios realizados en grandes poblaciones han mostrado que el 60-80% de las úlceras crónicas de EEII tienen componente venoso, el 10-30% están asociadas a insuficiencia arterial y en el 10-20% de los casos se combinan insuficiencia arterial y venosa. Otros factores implicados son la diabetes mellitus (DM) y la enfermedad reumática (2).

La utilización de apósitos y otros productos tópicos no es más que un aspecto parcial dentro del abordaje de las úlceras. Tanto las úlceras por presión como las úlceras vasculares necesitan un abordaje global que comprende:

- Profilaxis de la úlcera en los pacientes de riesgo (encamados, riesgo vascular, etc.)
- Evaluación de la úlcera.
- Corrección de las causas subyacentes: tratamiento general.
- Tratamiento local.
- Reevaluación periódica de la evolución de la úlcera.
- Prevención secundaria de futuras úlceras.

ÚLCERAS POR PRESIÓN (4)

Se han desarrollado varias escalas para identificar a los pacientes con alto riesgo de desarrollar úlceras por presión. Estas escalas se basan en la evaluación de variables clínicas como son la movilidad, la incontinencia y la actividad. Una de las más utilizadas en Atención Primaria es la

escala de Braden. Se considera alto riesgo cuando la puntuación es menor de 12 puntos, riesgo moderado cuando está entre 13-14 puntos y riesgo bajo cuando es 15-16 puntos en menores de 75 años y 15-18 en mayores de 75 años.

	1	2	3	4
Percepción sensorial	Totalmente limitada	Muy limitada	Parcialmente limitada	Sin limitación
Humedad	Permanente húmeda	Muy húmeda	Ocasionalmente húmeda	Raramente mojado
Actividad	Encamado	En silla	Camina algo	Camina frecuentemente
Movilidad	Inmóvil	Muy limitada	Parcialmente limitada	Sin limitaciones
Alimentación	Dieta pobre	Inadecuada	Adecuada	Excelente
Rozamiento y grietas	Problema real	Problema potencial	No hay problema	-

* Bergstrom N, Braden BJ, Laguzza, Holman V. The Braden scale for predicting pressure sore risk. *Nursing research*. 1987; 36 (4): 205-10.

Las estrategias de prevención tienen como objetivo reducir la presión ejercida sobre el paciente, lo que se puede conseguir con cambios posturales manuales o mediante la utilización de superficies que disminuyen la presión como colchones con presión alternante o de baja presión constante.

Son necesarios estudios bien diseñados que informen sobre la efectividad de las distintas técnicas, incluso en el caso de prácticas tan extendidas como los cambios pos-

turales, se desconoce si la realización de éstos cada dos horas, sea la frecuencia óptima.

Los pacientes que tengan riesgo de aparición de úlceras deberían utilizar un colchón de espuma de baja presión. Si el riesgo es mayor aún, un colchón antiescaras (de celdas alternantes, fluidificados con aire, etc) que esté evaluado. De cualquier forma, existe poca evidencia sobre la relación de coste-efectividad para guiar la compra de un equipo u otro.

ÚLCERAS VASCULARES (2)

Recogemos las recomendaciones de la única Guía de práctica clínica basada en una revisión sistemática de la literatura que hemos encontrado en la bibliografía. Las recomendaciones están clasificadas en los grados A, B y C en función del tipo de evidencia en el que se apoyan.

- Recomendación A: Basada en metaanálisis o ensayos clínicos con asignación aleatoria
- Recomendación B: Basada en ensayos clínicos sin asignación aleatoria, ensayos "quasi-experimentales", estudios observacionales y series de casos.
- Recomendación C: Basada en la opinión de expertos.

La evaluación y tratamiento de un paciente con una úlcera de EEII requiere una atención a tres niveles: el paciente, la pierna y la úlcera.

EVALUACIÓN

El paciente: la comorbilidad asociada a la úlcera puede condicionar el manejo de la misma. En una evaluación inicial hay que excluir la presencia de enfermedad arterial periférica, diabetes mellitus, artritis reumatoide y vasculitis sistémica, ya que la compresión podría ser un riesgo.

La pierna: evaluar la presencia de edema, signos de enfermedad venosa, trombosis venosa profunda previa y, lo que es más importante, enfermedad arterial.

- La medida del índice tobillo brazo por Doppler es esencial para la evaluación de las úlceras crónicas de extremidades inferiores (grado de recomendación B). Sin embargo, no es fiable cuando lo realizan operadores sin experiencia. La formación del personal puede mejorar significativamente la fiabilidad del método.
- En los pacientes con un índice tobillo brazo <0,8 debería asumirse enfermedad arterial (grado de recomendación B)

La úlcera: evaluar las características de la úlcera

- El área superficial de la úlcera debería medirse periódicamente (grado de recomendación B).
- Debería describirse el borde y lecho de la úlcera, su posición y morfología (grado de recomendación C).

TRATAMIENTO

El paciente: control de las enfermedades concomitantes, tabaquismo, sedentarismo, etc.

La pierna: el tratamiento depende de la etiología de la úlcera. La compresión gradual será perjudicial en pacientes con un índice tobillo brazo <0,8 y también podría serlo en pacientes con diabetes mellitus en los que la calcificación arterial no permitiese una buena lectura del índice.

- Debería utilizarse la compresión gradual para mejorar la insuficiencia venosa (grado de recomendación B)
- La compresión elástica es el tratamiento de primera elección en las úlceras venosas no complicadas (grado de recomendación A)
- Se recomienda el vendaje multicapa (grado de recomendación A).
Se ha demostrado que la compresión alta de cuatro capas es más efectiva que el vendaje de compresión de una capa adhesiva.
La aplicación correcta de la compresión gradual es esencial al utilizar medias y vendaje compresivo. El edema de la pierna debería ser reducido por elevación del miembro antes de aplicar la compresión gradual

La úlcera:

- Las piernas con úlceras deberían lavarse con agua corriente templada y secarse con cuidado (grado de recomendación A).

REEVALUACIÓN

Deberían realizarse reevaluaciones sistemáticas cada 12 semanas desde el comienzo del tratamiento (grado de recomendación C).

TRATAMIENTO TÓPICO DE LAS ÚLCERAS

El tratamiento tópico de las úlceras es sólo una parte del abordaje global de las mismas. Sería un error plantear la curación de la úlcera como una respuesta al tratamiento tópico sin establecer un plan de cuidados global.

- Una úlcera que no cura o es atípica debería referirse para biopsia (grado de recomendación C).
- Sólo deberían realizarse cultivos bacteriológicos cuando hay evidencia clínica de infección (p.e.: celulitis) (grado de recomendación B).

Un estudio randomizado en el que se utilizó agua corriente (del grifo) frente a suero salino estéril para la limpieza de heridas agudas traumáticas de tejidos blandos, encontró que hubo tasas de infección menores en las heridas limpiadas con agua corriente.

- En pacientes con úlceras venosas tratados con compresión gradual, no hay diferencia entre los distintos apósitos a la hora de mejorar los índices de cicatrización (grado de recomendación A).
- En las úlceras dolorosas deberían utilizarse apósitos hidrocoloides o apósitos de espuma sintética (grado de recomendación A).
Estos apósitos han demostrado reducir el dolor al ser comparados con los apósitos laminares de baja adherencia
- Los antibióticos sistémicos deberían reservarse para cuando exista evidencia de celulitis o infección activa antes del injerto (grado de recomendación A).
- Los antibióticos tópicos deberían evitarse porque provocan sensibilizaciones con frecuencia y no tienen efecto sobre la cicatrización (grado de recomendación B).
- No se recomienda el tratamiento sistémico de la insuficiencia venosa (grado de recomendación A).
En ensayos clínicos en los que se estandarizó la compresión, pentoxifilina no ha demostrado una mejoría de los índices de cicatrización estadísticamente significativa. No hay estudios bien diseñados con otros medicamentos en esta indicación.

PREVENCIÓN SECUNDARIA

Se debería prescribir medias de compresión gradual correctamente ajustada durante al menos 5 años después de la cicatrización de una úlcera venosa (grado de recomendación A).

Las fases principales en la cicatrización de una úlcera son:

- Limpieza y desbridamiento
- Granulación, vascularización
- Epitelización

LIMPIEZA

Las piernas con úlceras deberían lavarse con agua corriente templada y secarse con cuidado.

La mayoría de los antisépticos son tóxicos para las células y su utilización prolongada puede retrasar la cicatrización, por lo que su utilización debería reservarse para limpiar una herida que esté sucia, infectada o que contenga una escara. Como norma general, se recomienda eliminar restos de antisépticos y aclarar la úlcera antes de realizar una cura oclusiva (7).

AGENTES DESBRIDANTES

Existe una gran variedad de métodos y productos desbridantes. Recientemente se ha publicado una revisión sistemática cuyo objetivo es resumir la evidencia existente sobre la efectividad y en la relación coste-efectividad de los distintos métodos desbridantes (1). En esta revisión se identifican como agentes desbridantes: dextranómero, cadexómero iodado, hidrogeles, agentes enzimáticos (colagenasa, estreptokinasa-estreptodornasa y tripsina), cinta de óxido de zinc adhesiva y el desbridamiento quirúrgico.

No se incluyen los apósitos hidrocoloides ni los antisépticos tópicos ya que se considera que el desbridamiento no es su indicación principal.

Los autores de la revisión no encuentran estudios que comparen el desbridamiento frente a la no intervención. Sin estos estudios no está claro que el desbridamiento mejore la cicatrización de las úlceras. Sin embargo, se entiende que el desbridamiento es necesario para la aceptación por el paciente y para la prevención de la infección, ya que las escaras húmedas además de ser visualmente desagradables y dar mal olor, son un medio de cultivo ideal para el desarrollo de patógenos.

La revisión concluye en la necesidad de realizar nuevos estudios de mayor calidad metodológica, ya que con los estudios disponibles **hay pocos datos para identificar qué agente desbridante es el más efectivo**. Mientras no se disponga de más datos sobre efectividad relativa deberán tenerse en cuenta otras consideraciones, como la minimización de costes, para decidir el desbridante a utilizar.

APÓSITOS PARA ÚLCERAS

Ningún apósito es adecuado para todo tipo de úlceras y pocos están indicados durante todas las fases del proceso de cicatrización (7). Se consideraría "apósito ideal" aquel que tuviera las siguientes características (8):

- Protege la herida físicamente
- Mantiene la herida caliente y húmeda
- Ayuda a la eliminación del exudado y tejido necrótico
- Facilita la cicatrización
- Reduce la posibilidad de infección
- No macera la piel que rodea la herida

No existe el "apósito ideal". En la **tabla 1** se recogen las principales características de los distintos tipos de apósitos.

Recientemente se ha publicado una revisión sistemática de los apósitos y productos tópicos utilizados en el tratamiento de las úlceras por presión, las úlceras vasculares y las heridas quirúrgicas que curan por segunda intención (9).

La revisión concluye que no existe evidencia suficiente para indicar si algún apósito o producto es superior al resto en el tratamiento de las úlceras crónicas debido a que los estudios son pequeños y de baja calidad metodológica. Sin embargo, sí existe evidencia sobre dos aspectos parciales:

- Los apósitos hidrocoloides son superiores a la utilización de gasas húmedas en el tratamiento de las úlceras por presión.
- **En el tratamiento de las úlceras venosas, y utilizando un vendaje de compresión, los apósitos de baja adherencia son tan efectivos como los hidrocoloides, por lo que los autores de la revisión recomiendan utilizar el apósito más barato en esta indicación.**

Hasta el momento por tanto parece que hay pocos datos que apunten hacia la preferencia de unos apósitos frente a otros y sería necesaria la realización de ensayos metodológicamente correctos para extraer conclusiones. Mientras contamos con esa información, en la tabla 1 se exponen las indicaciones que las autoras de este boletín proponen para los apósitos actualmente comercializados atendiendo a criterios de eficacia y coste. Un mismo apósito puede tener indicaciones muy variadas. En esta tabla hemos intentado reflejar las indicaciones más precisas para cada apósito.

Tabla I: Características de los distintos tipos de apósitos

APÓSITO	PROPIEDADES	ABSORCIÓN EXUDADO	DESBRIDAMIENTO	INDICACIONES	INCONVENIENTES	CONTRAINDICACIONES
Gasa simple	Fibra natural hipoalergénico	Media y alta	Seca: NO Húmeda: SI	Apósito secundario Alergia a otros apósitos Cura húmeda y seca	Se adhieren al secarse Se arranca el tejido de granulación al retirar Se satura inmediatamente	
Gasa con parafina	Antiadherente	Nula	NO	Fase de epitelización Heridas superficiales: dermoabrasion, quemaduras	Puede producir maceración Requiere apósito secundario	
Simples de baja adherencia	No se adhieren a las heridas	Baja	NO	Igual al anterior Alternativa a éstos	Puede producir alergias	
Láminas semipermeables de poliuretano	Permeables a gases e impermeables a bacterias y a otros contaminantes	Nula	NO	Heridas superficiales no exudativas Prevención úlceras presión U. por presión E I	Puede producir maceración	
Hidrogeles	Polímeros insolubles que retienen volúmenes significativos de exudado	Media	SI	Heridas cavitadas Úlceras por presión E II y E III	Se secan fácilmente Precisan apósito de fijación Mal olor y aspecto del exudado	U. arteriales U. por presión E IV U. diabéticas
Hidrocoloideos (apósitos, pasta, gránulos)	Hidrogel evolucionado Cura indolora (humedad de las terminaciones nerviosas) Promueve el tejido de granulación	Baja y media	SI	U. por presión E I, E II y E III U. que cursan con dolor	Mal olor y aspecto del exudado Maceración de la piel circundante	U. arteriales U. por presión E IV U. diabéticas
Alginatos	Absorben gran cantidad de exudado formando un gel	Alta	NO	U. altamente exudativas	Precisan apósito secundario	U. secas y con escara necrótica
Hidrocoloideos con alginato	Las del hidrocoloide y el alginato	Media y alta	SÍ	Igual al anterior	Igual que el hidrocoloide	Igual que el hidrocoloide
Espuma sintética	Capa interna: hidrófila (absorbe) Externa: hidrófoba (impermeable)	Media y alta	NO	U. exudativas U. que cursan con dolor	Algunos precisan un segundo apósito de fijación	U. secas y con escara necrótica
Absorbeolores	Carbono activo que reduce el olor en úlceras infectadas	Nula	NO	Heridas y úlceras purulentas y malolientes	No cortar, el carbono no debe entrar en contacto con la herida	

Estadios de úlcera por presión. **EI:** Eritema no blanqueable en piel intacta; **EII:** Pequeñas erosiones de la piel que pueden afectar a la epidermis y/o dermis; **EIII:** el daño tisular llega al tejido subcutáneo aunque la presencia de una escara gruesa negruzca puede ocultar la profundidad de la úlcera; **EIV:** Úlceras extensas que penetran hasta músculo e incluso hueso.

CONCLUSIONES

Las úlceras crónicas son un problema de atención multidisciplinar que genera una importante demanda, especialmente en los servicios de atención primaria.

La medida más efectiva en el tratamiento de las úlceras es la prevención. Esto supone valorar los factores de riesgo para desarrollar una úlcera por presión y, en el caso de la úlcera vascular, utilizar la historia y realizar una exploración vascular en las personas de riesgo (fumadores, DM, hiperlipemia, etc)

En la fase de úlcera activa (abierta), el **diagnóstico** resulta fundamental para planificar el tratamiento mediante medidas higiénico-dieto-posturales encaminadas a la corrección de los factores desencadenantes, y también

para la elección del tratamiento tópico, teniendo en cuenta que éste no va a producir la curación.

Es importante señalar que la **evaluación** de un tratamiento sólo será posible si se mantiene el tiempo necesario y se registra.

Finalmente, señalar que, debido a la baja calidad metodológica de los estudios realizados hasta el momento, no es posible indicar que ningún apósito sea superior al resto en el tratamiento de las úlceras crónicas aunque sí hay aspectos parciales que parecen claros, como el hecho de que en las úlceras dolorosas deberían utilizarse apósitos hidrocoloides o de espuma sintética, o que en **las úlceras vasculares por insuficiencia venosa el tratamiento estrella es la compresión**, no añadiendo el apósito utilizado ninguna ventaja adicional sobre ésta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bradley M, Cullum N, Sheldon T. The debridement of chronic wounds: a systematic review. Health Technol Assess 1999;3(17 Pt 1) <http://www.hta.nhsweb.nhs.uk>
2. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). The care of patients with chronic leg ulcer. Edinburgh: Royal College of Physicians, 1998 <http://www.show.scot.nhs.uk/sign/html/html26.htm>
3. Warren K, Bennett G. Wound care. Prescribers' Journal 1998; 38 (2):115-22.
4. The prevention and treatment of pressure sores. Effective Health Care. Volume 2 Number 1. University of York: NHS Centre for Reviews and Dissemination, 1995 <http://www.york.ac.uk/inst/crd/ehc21.htm>
5. Eccles M, Freemantle N, Mason J. North of England Evidence based guidelines development project: methods of developing guidelines for efficient drug use in primary care. BMJ 1998;316:1232-5.
6. Varicose veins and leg ulcers - Cardiovascular diseases. Health Evidence Bulletins Wales, 1995 <http://www.uwcm.ac.uk/uwcm/lb/pep/cardio/chapter9.htm>
7. Tratamiento tópico de úlceras cutáneas. Información Farmacoterapéutica de Comarca (INFAC) 1996; 4 (9).
8. Baos Vicente V, Editor. Guía de uso de los medicamentos en atención primaria. SemFYC, 1994.
9. Bradley M, Cullum N, Nelson EA, Petticrew M, Sheldon T, Torgerson D. Systematic reviews of wound care management: (2) Dressings and topical agents used in the healing of chronic wounds. Health Technol Assess 1999;3(17 Pt 2) <http://www.hta.nhsweb.nhs.uk>

IDAZKUNTZA BATZORDEA / CONSEJO DE REDACCIÓN

Iñigo Aizpuru (Responsable de CEVIME), María Armendáriz* (C. Gipuzkoa-Oeste), Arritxu Etxeberria* (C. Gipuzkoa-Este), Julia Fernández* (C. Bilbao), Susana Fernández* (C. Uribe), Elena Ruiz de Velasco* (C. Bilbao), Josune Iribar* (C. Gipuzkoa-Este), Nekane Jaio* (C. Interior), Itxasne Lekue* (C. Ezkerraldea-Enkarterri), Javier Martínez* (C. Araba), Carmela Mozo* (C. Gipuzkoa-Este), Elena Olloquiegui (C. Gipuzkoa-Oeste), Rita Sainz de Rozas* (C. Ezkerraldea-Enkarterri), Elena Valverde* (C. Gipuzkoa-Oeste),

* *Farmacéuticos de Comarca*

GALDERA, IRADOKIZUN EDO PARTE-HARTZE LANAK NORI ZUZENDU PARA CONSULTAS, SUGERENCIAS Y APORTACIONES DIRIGIRSE A:

Zure komarkako farmazilaria / El farmacéutico de su comarca

ISSN: 1575054-X

D.L.: BI-587-99



Osakidetza
Servicio vasco de salud



OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SANIDAD