

Piel perilesional y tratamientos

La piel es el mayor órgano de nuestro cuerpo y a su vez es la barrera natural de protección del organismo frente a agresiones tanto externas como internas, sin ella podemos tener un mayor deterioro de nuestro organismo, destacando como funciones principales de nuestra piel:

- Función sensibilizadora (frío, calor, dolor).
- Termorregulación (mantener la temperatura corporal en equilibrio).
- Funciones de absorción y excreción.
- Funciones metabólicas.
- Fotoprotección.
- Antimicrobiana (pH 5'5).

Es por ello que todas estas apartados dentro de la importantísima función barrera de la piel, pueden influir en el comportamiento o fase de epitelización de lesiones agudas y crónicas que afectan a la solución de continuidad de la piel, siendo de vital importancia no solamente el cuidado del lecho de las lesiones sino la misma piel perilesional debemos observar que anomalías presenta y según encontremos su estado será más factible la epitelización y cicatrización de las lesiones.

La etiología del Deterioro de la Integridad Cutánea y Tisular, hay que verla y tratarla no como una enfermedad sino un signo y por tal circunstancia está justificada la realización de esta Escala de valoración

de la dermatopatía perilesional, para comprender que muchos de los signos que podemos encontrar en esta piel no solamente pueden ser causa de una agresión exógena y de contacto sino que pueden tener un origen endógeno.

Las escalas de valoración son una excelente herramienta, que tienen cierto grado de variabilidad e interpretación. Pero no por ello, dejan de servirnos como una guía en nuestro que hacer diario. Según los parámetros e ítems utilizados en la escala de valoración de la piel perilesional FEDPALLA.

Los diagnósticos enfermeros, nos definen exactamente que el origen del Deterioro de la Integridad Cutánea o Tisular pueden aparecer por causas internas como son la hipertermia, mala nutrición, enfermedades metabólicas y oncológicas, la propia farmacología sistémica indicada para estas patologías; o por causas externas como las infecciones, cambios bruscos de temperatura (calor, frío, viento), físicas (traumatismo accidental o quirúrgico), radiaciones (terapéuticas, ambientales o accidentales), agresiones químico-farmacológicas tóxicas e incluso los propios exudados de las lesiones cutáneas.

Por tanto las lesiones perilesionales que nos podemos encontrar en alrededor de una úlcera o herida las definiríamos como Lesiones Elementales Perilesionales, y corresponderían:

Federico Palomar Llatas
y Begoña Fomes Pujalte
Unidad Enfermería
Dermatológica,
úlceras y heridas.

Consorcio Hospital General
Universitario de Valencia.
palomar_fed@gva.es



Foto 1



Foto 2

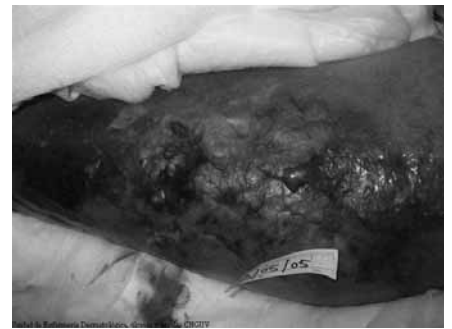


Foto 3

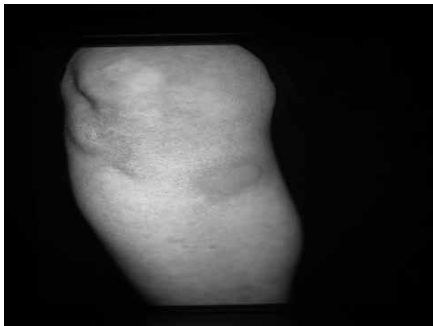


Foto 4



Foto 5



Foto 5

Mácula

Es el cambio de coloración de la piel, no sobrelevada y que según su etiología puede ser:

Vascular

Eritema, de coloración rojo claro secundario a hiperemia, desaparece a la vitropresión; a diferencia del color púrpura/violáceo por extravasación sanguínea, como es el en grado I de úlceras por presión (UPP, color rojo).^(Foto 1)

Trombosado, como es el caso de las úlceras de Martorell o hipertensiva (color negro-azulado), por una trombosis de los capilares.^(Foto 2)

Hematoma, post traumático o quirúrgico (color azul-amarillo).^(Foto 3)

Pigmentario interno: lentigo (marrón), vitiligo (blanco), por presencia o ausencia de melanina.

Pigmentos externos (tatuajes).

Roncha o habón

Es una elevación circunscrita de la piel y bien definida, es variable en forma y tamaño, edematosa, de aparición brusca y de lenta desaparición. El color es variable (de un rojo pálido por vasodilatación a blanquecino por compresión capilar secundaria al edema) es una lesión inflamatoria, alergia pruriginosa.^(Foto 4)

Pápula

Es una elevación de la piel de consistencia compacta y firme, su tamaño puede ser como máximo un guisante, su desaparición no deja cicatriz y es lenta, se puede decir que es por engrosamiento epidérmico (verrugas planas), o por infiltración dérmica por una proliferación tisular por infiltrado inflamatorio en piernas varicosas con recidivas de úlceras (elefantiasis).^(Foto 5)

Vesícula

Es una elevación circunscrita de la epidermis, llena de líquido seroso transparente. Su tamaño es variable (1mm), si se deseca forma costras redondeadas en su base. La causa puede ser por edema intercelular o por edema celular.

Flictena o ampolla:

Su característica es casi similar a la vesícula pero su tamaño es más mayor, de término medio como un huevo de paloma. Suelen aparecer sobre una piel eritematosa con prurito, escozor, tirantez y suelen ser subepidérmicas.^(Foto 6)



Foto 6



Foto 6



Foto 7



Foto 8



Foto 9



Foto 10

Pústulas

Es una elevación circunscrita de la epidermis como las vesículas pero contaminadas, su contenido es purulento, su tamaño, evolución y desecación es igual al de las vesículas y ampollas. La infección de una vesícula estéril se denomina impetiginización.^(Foto 7)

Edema local y linfedema

Se origina por una extravasación de líquidos en la dermis. El edema puede ser debido a una inadecuada colocación de vendajes, por problemas metabólicos y/o retención de líquidos loco-regionales con signos de fobia a la presión.^(Foto 8)

El linfedema es debido a una obstrucción de los vasos linfáticos y por consiguiente un mal drenaje linfático, afecta a miembros superiores e inferiores.^(Foto 9)

Celulitis

Es una infección bacteriana aguda, en presencia de una vía de entrada incluso como la cabeza de un alfiler, se presenta con inflamación, calor, rubor o eritema, dolor a la palpación, no fluctúa y se presenta con edema local.^(Foto 10)

Xerosis

La disminución o desaparición de la barrera natural de la piel, hace que esta presente un aspecto seco, agrietado, con prurito, escozor, sin brillo y con pérdida de elasticidad (aspecto de la piel en MMII con déficit arterial).^(Foto 11)

Escamas

Son pérdidas epidérmicas queratinizadas, algunas veces están adheridas a la superficie cutánea. Su tamaño, color y adherencia son muy variables en las distintas patologías que se pueden presentar (pitiriasiforme, psoriasiforme, ictiosiforme, laminar, exfoliativa).^(Fotos 12)

Costras

Son masas sólidas de consistencia variable formadas por la desecación de exudados mezclados también con detritos epidérmicos y escamas.^(Fotos 13)

Maceración

La piel (epidermis superficial), pierde su consistencia, es frágil, de color blanco perlado sin brillo. Por exceso de humedad bien por exudados de las úlceras o linfedemas exudativos o por tratamientos oclusivos en las lesiones.^(Fotos 14)



Foto 10



Foto 11



Foto 12



Foto 12



Foto 13



Foto 13

Dermatitis

Los eczemas son una dermatitis inflamatoria en la cual diversas lesiones elementales se suceden, se combinan o coexisten en los distintos lugares donde se localiza la erupción. Estas lesiones elementales son: eritema, vesiculación, exudación, incrustación, liquenificación y descamación, también el prurito y vesiculación intraepidérmica, si en la exudación hay una sobreinfección se le denomina eczema impetiginizado, uno de los tipos más frecuentes es el de contacto, que puede ser irritativo o alérgico y aparece en la zona en contacto con el agente que lo produce. Su evolución es más o menos lenta, el diagnóstico es sencillo con las pruebas epicutáneas.^(Fotos 15) El contacto de la piel con los exudados de las lesiones, secreciones intestinales, la irritación a causa de los disolventes, los adhesivos de apósitos y las reacciones alérgicas son las principales causas de las dermatitis del círculo o piel circundante de las heridas tanto agudas como crónicas. Todos los fenómenos alérgicos son explicables por estar producidos por la unión de una sustancia extraña al organismo (antígeno) con su correspondiente anticuerpo específico, fijo en una célula (sí se

produce a nivel de los endotelios capilares de la piel es la urticaria y si están en las células epidérmicas tenemos el eczema).

Necrosis o Escara

La necrosis son tejidos momificados, puede ser seca o momificada y/o necrosis húmeda o gangrenosa, dentro de este grupo entrarían los denominados esfácelos y tejido fibrinoso.^(Foto 16)

Abscesos

Son colecciones purulentas cerradas localizadas en dermis o hipodermis, son blandos, fluctuantes a la palpación, de aspecto inflamatorio, la piel presenta signos de infección como son: calor, dolor a la palpación, rubor y el exudado puede ser: purulento, seropurulento o hemopurulento.^(Foto 17)

Erosión

Dentro de las lesiones en que existe pérdida de la solución de continuidad cutánea, estas son las más superficiales, afectan a epidermis hasta la membrana basal y suelen ser por traumatismos (rascado, dermoabrasión, etc.), se resuelven sin dejar cicatriz.^(Foto 18)

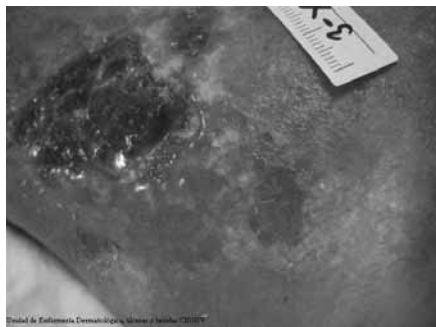


Foto 14



Foto 14



Foto 15



Foto 16



Foto 17



Foto 18

Excoriación

La excoriación son soluciones de continuidad mas profundas, puede afectar hasta la dermis papilar, suelen ser a consecuencia de una erosión.^(Foto 19)

Fisura

Son soluciones de continuidad lineales y profundas y generalmente, son muy dolorosas, suelen seguir los pliegues cutáneos naturales (talones, pliegues perianales).^(Foto 20)

Hiperqueratosis

Es una hipertrofia córnea, con endurecimiento de la epidermis, denominada también duricias o callosidades, dentro de la escala de Wagner para el pie diabético, corresponden a las lesiones del grado 0. puede deberse a alteración de la queratización, a roce o traumatismo repetidos a exposición prolongada a la luz solar.^(Foto 21)

Úlcera

Son pérdidas de sustancia y de continuidad de la piel que afecta hasta la dermis e incluso tejido celular subcutáneo. Pueden ser superficiales (referencia a Grados), profundas e incluso llegar a tejido muscular y óseo. Según su evolución son: Fagedénicas: crecen en extensión y profundidad rápidamente. Serpiginosas: se extienden incesantemente por un borde y cicatri-

zan por el contrario. Terebrante su evolución es hacia la profundidad. La presencia de pequeñas úlceras perilesionales o satélites puede ser sinónimo de infección. Se resuelven siempre con cicatriz.^(Foto 22)

Mamelón

Es tejido de hipergranulación, también denominado pólipo, se encuentra tanto en el lecho de la lesión como en los mismos bordes de las lesiones.^(Foto 23)

Epitelización

Proceso biológico donde la capa más externa de la piel (el epitelio), cubre zonas donde la solución de continuidad hace como mínimo que quede expuesta la dermis.^(Foto 24)

Cicatriz

Es la sustitución por tejido conjuntivo, de una destrucción dérmica o hipodérmica. Si son recientes son rojizas y las antiguas blanquecinas, la epidermis suele ser atrófica y con ausencia de anejos cutáneos, sin embargo, otras veces la proliferación exagerada de tejido conectivo da lugar a cicatrices hipertróficas y sobreelevadas.

Esclerosis

Es una modalidad de cicatrización, es una neo formación conjuntiva. Tenemos tres clases: Atrófica,



Foto 19



Foto 20



Foto 21



Foto 21



Foto 22

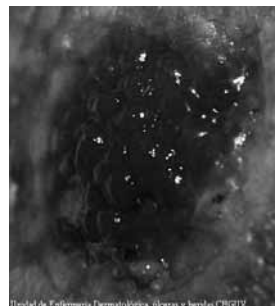


Foto 23

como en las lesiones residuales de la lepra. Plana, que son en el tercio inferior de las piernas varicosas.^(Foto 25) Hipertrófica, que es a consecuencia de un éxtasis linfático o inflamaciones agudas recidivantes (elenfatiasis).^(Foto 26)

Causas de alteración de la piel perilesional son: Químicas, físicas, mecánicas, alérgicas e infecciosas.

Químicas

Son causadas por cáusticos tanto ácidos como alcalinos y dan lugar a quemaduras.

Dermatitis perilesional formándose alrededor de la lesión, unas lesiones enrojecidas, exudativas, con una erupción vesiculada que puede llegar a la ulceración de la piel perilesional.

Físicas

Radiodermatitis.- Eritema, depilación temporal, prurito-escozor, descamación e hiperpigmentación. Presenta vesículas superficiales que se rompen y forman una placa exudativa, erosionada y de color rosa vivo, que da lugar a una radiodermatitis ulcerosa con necrosis llegando en algunos casos al tejido muscular, huesos, etc.. La llamada radiodermatitis tardía es cuando aparecen las lesiones incluso las ulcerativas ya malignizadas, al cabo de varios meses o años de haber irradiado la zona.^(Foto 27)

Mecánicas

Se denominan dermatitis artificiales, son todas las inflamaciones cutáneas originadas por la acción de agentes mecánicos o físicos, como puede ser un vendaje mal aplicado con pliegues al realizar la técnica y estrangulando ciertas zonas,^(Foto 28) también se originan por la aplicación y retirada de esparadrapos en la misma zona.

Nuestra experiencia en el cuidado de la piel y en el tratamiento y cuidado de heridas agudas y crónicas (úlceras), ha hecho posible este trabajo avalado con la casuística de más de 3000 casos (no solo experiencia buscar bibliografía). La escala FEDPALLA de valoración del estado de la piel, principalmente para los casos donde nos encontramos con Deterioro de la Integridad Cutánea o Tisular, nos servirá para determinar en qué grado de gravedad nos encontraremos a la hora de restablecer este deterioro cutáneo y donde podremos encontrarnos si la epitelización será progresivamente positiva, hasta la completa cicatrización de las lesiones, a la vez, que nos sirve en la orientación de los tratamientos y cuidados de esta piel y según sea la puntuación, nos dará un pronóstico. Los grados van de menor a mayor en relación a la puntuación obtenida con la suma de los parámetros a tener en cuenta de la piel perilesional y que son inversamente proporcionales a estos, es decir

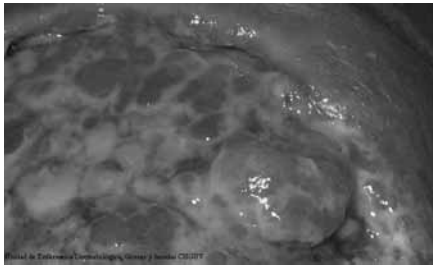


Foto 23



Foto 24



Foto 25



Foto 26



Foto 27



Foto 28

con mayor puntuación, menor grado y mejor pronóstico para la epitización.

La escala contempla 5 variables y dentro de cada variable existen 5 parámetros (Tabla I) con una puntuación del 5 al 1, la suma de cada parámetro nos da una puntuación que nos refiere el Grado de pronóstico para la epitización. (Tabla II)

Tratamientos de las Lesiones Elementales Perilesionales

Dentro de esta valoración perilesional, recomendamos una serie de cuidados tópicos para el alivio de las lesiones perilesionales y poder ayudar en el proceso de epitización fortaleciendo y nutriendo esta piel desde el punto de vista de los parámetros de hidratación, dermatitis, vascularización, bordes y depósitos y sus apartados respectivamente valorados. Como hemos dicho anteriormente la piel es nuestra principal barrera protectora tanto contra las agresiones externas como internas y que si no la protegemos puede desencadenar lesiones de grado IV en UPP y poner en peligro la vida del paciente, como lesiones grado I, II, donde el paciente no solamente no está cómodo sino que puede estar intranquilo e irritable, con malestar general. Las agresiones mas generales que nos podemos encontrar son: heces, orina, exudados de las úlceras o heridas, el propio sudor principalmente en pacientes obesos en los pliegues cutáneos y la falta de unos buenos cuidados a la hora de realizar la higiene del paciente, no retirando los restos de jabón

con agua y el secado por fricción y no por empapamiento y en algunos casos sería conveniente la utilización de secador a una temperatura templada. Para la protección de esta piel tanto perilesional como de zonas de riesgo a padecer una solución de continuidad, será necesaria una serie de actuaciones y utilización correcta de ciertos productos para prevenir el deterioro de la integridad cutánea e incluso fortalecer el manto hidrolipídico que nos servirá a su vez como agente bactericida.

Los productos a utilizar hay que saber distinguir su acción. La utilización de los productos barrera habrá que distinguir que mecanismos de acción tiene cada uno y su indicación, no todas las barreras son buenas e incluso pueden ser perjudiciales para la propia piel. Una cosa es hidratar, otra ser astringentes, protector, etc. y dentro de estas denominaciones debemos tener presente el excipiente o vehículo del que está formado: W/O, O/W y estos sin son cremas, lociones, pomadas o nebulizadores.

Compuestos:

- Oxido de zinc.
- Sulfato de cobre.
- Propilenglicol.
- Co/terpolímero de acrilato + HMDS.
- Heparinoides.
- Ácidos grasos hiperoxigenados.
- Cremas hidratantes.
- Fomentos astringentes.
- Queratolíticas.

Hidratación	Principio Activo
Piel aspecto normal y elastica	Cremas y lociones hidratantes
1cm macerada	Cremas de óxido de zinc y sulfato de cobre, apósitos de absorción vertical, Co/terpolímero de acrilato + HMDS
> 1cm macerada	Fomentos con soluciones astringente, Co/terpolímero de acrilato + HMDS y apósitos de absorción vertical
Seca y sin pelos	Cremas hidratantes Ácidos Grasos Hiperóxigenados
Seca y con esclerosis	Ácidos Grasos hiperóxigenados

Dermatitis	Principio Activo
Piel normal	Hidratación y cremas barrera
Eczema seco	Pomada de hidrocortisona
Eczema exudativo	Fomentos astringentes y crema de hidrocortisona, apósitos de absorción vertical
Eczema vesiculoso	Fomentos astringentes y crema hidrocortisona, apósitos de absorción vertical
Eczema con erosión o liquenificado	Limpieza con solución salina o antiséptica (clorhexidina 0'2) y pomada de hidrocortisona

Vascularización (color de la piel)	Principio Activo
Eritema rojo	Ácidos Grasos Hiperóxigenados
Eritema violáceo	Ácidos Grasos Hiperóxigenados /pomadas heparinoides
Eritema >2 cm y calor (celulitis)	Apósitos bactericidas, control infección de la herida (antibióterapia sistémica)
Negro-azulado-marrón	Cremas heparinoides Hidrogeles, pomadas enzimáticas
Negro (trombosado)	Pomadas enzimáticas, Hidrogeles o desbridamiento quirúrgico

Bordes	Principio Activo
Lisos	Cremas hidratantes o barrera
Inflamados y mamelones	Ácidos Grasos Hiperóxigenados, mamelones toques con Nitrato de plata, si este es crónico biopsia (¿epitelioma)
Romos o excavados	Desbridamiento quirúrgico o con toques con Nitrato de plata
Esclerosados	Desbridamiento quirúrgico o con toques con Nitrato de plata
Necrosado	Hidrogeles, pomadas enzimáticas o desbridamiento quirúrgico

Depósitos	Principio Activo
Escamas	Cremas o lociones hidratantes
Costras	Fomentos con aceite de parafina y retirada con pinzas
Hiperqueratosis	Decapado o cremas queratolíticas
Pústulas sero-purulentas	Fomentos antisépticos
Edema (local), Linfedema	Vendaje compresivo y orientado hacia el drenaje linfático. Si es exudativo bajo el vendaje se pondrá fomentos o cremas astringentes Colocación y presión correcta de vendajes

Bibliografía:

- Dermatología médico-quirúrgica**, tomos I y II. Felipe de Dulanto. Ediciones Anal, S.A. Granada, 1981.
- ANDREWS**, Tratado de dermatología. Anthony N. Domantas, Harry L. Anold, Richard B. Odom. **Dermatología**, Prof. Dr. J. Gay Prieto. Ed. Científico-médica.
- Dermatología**. O. Braun-Falco, G. Plewig, HH Volff R.F. Winkelmann. Springer-Verlag Iberica, S.A., Barcelona 1995.
- www.chguv.org**, "Lesiones Elementales". F. Palomar Llatas.
- Argimon, JM, Juménez J.** Validación de cuestionarios. En: Argimon, JM, Juménez J. Métodos de investigación. Barcelona: Harcourt 1999. Pág.167-175