

MACERACIÓN PERILESIONAL EN UNA ÚLCERA POR PRESIÓN: LA MERBROMINA, UNA ALTERNATIVA EFICAZ.

PERILESIONAL SKIN MACERATION IN A PRESSURE ULCER: THE MERBROMIN, AN EFFECTIVE ALTERNATIVE

Autor: Andrés Roldán Valenzuela

Enfermero. Unidad de Heridas Crónicas del Distrito Aljarafe.
Sevilla Norte de Atención Primaria. Servicio Andaluz de Salud
Director Clínico de Ulceras.net.

Miembro del Grupo de Ulceras de la Asociación Española de Enfermería Vasculare y Heridas.

Contacto: aroldanv@gmail.com

Fecha de recepción: 29/11/2015
Fecha de aprobación: 20/01/2016

RESUMEN

Las úlceras por presión y sus complicaciones siguen siendo un importante reto profesional. Se presenta un caso clínico de una úlcera por presión categoría IV que en su evolución presenta una importante maceración perilesional. El abordaje y resolución de este problema, generado por un exceso de exudado y la irritación de la piel que provocó en este caso la colagenasa, mediante la aplicación de merbromina al 2% en la piel dañada, constituye una alternativa que ha demostrado su seguridad, eficacia y rentabilidad.

Palabras clave: úlceras por presión, piel perilesional, exudado, maceración, antiséptico, merbromina.

ABSTRACT

The pressure ulcers and their complications remain an important professional challenge. A clinical case of a pressure ulcer category IV in its evolution presents major perilesional maceration. Addressing and resolving this problem caused by excessive exudate and skin irritation caused in this case collagenase, by applying 2% merbromin damaged skin, it is an alternative that has proven its safety, efficacy and profitability.

Key words: pressure ulcers, surrounding skin, exudate, maceration, antiseptic, merbromin.

INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión (UPP) se definen como un área de daño localizada en la piel y en los tejidos subyacentes causados por la presión, fricción o combinación de ambos. La prevalencia de esta patología oscila entre un 3% a un 66% dependiendo del paciente y de la patología que presenta. La presencia de úlceras por presión se asocia con un incremento de la morbilidad y mortalidad⁽¹⁾.

Las causas que desencadenan la aparición de estas lesiones pueden ser, en la mayoría de los casos, detectadas con antelación; el identificar los factores de riesgo es fundamental para aplicar las medidas preventivas, ya que una vez que aparece la úlcera, el problema es de complicado manejo.

La aparición de UPP es un proceso íntimamente ligado a los cuidados proporcionados por los profesionales de Enfermería, es el estamento sanitario más implicado y con más experiencia en este problema, constituyendo un área de cuidados específica tanto en lo que se refiere a su prevención, valoración o curación⁽²⁾.

Las UPP generalmente ocurren sobre prominencias óseas y son clasificadas en categorías de I a IV, según el grado de lesión tisular observado⁽³⁾.

El tratamiento de las úlceras varía su etiología, estado general del paciente y situación o espec-

to de la lesión. Hay que tener presente que las UPP son un signo por lo general de una patología base dominante, que es la causante de la aparición de estas úlceras⁽⁴⁾.

La maceración de la piel perilesional es un problema frecuente durante el abordaje de las UPP, nos planteamos como objetivo comprobar la eficacia de la merbromina en su resolución.

CASO CLINICO

Hombre de 45 años con antecedentes de paraplejía de miembros inferiores de 12 años de evolución, obesidad mórbida, apnea del sueño, cardiopatía isquémica y trombo embolismo pulmonar de 2 años de evolución e incontinencia doble, con vida muy sedentaria en cama-silla de ruedas, que desarrolla úlcera por presión categoría IV en el talón derecho.

Evolución de la lesión: Con fecha 10 de enero 2014 el paciente presenta el aspecto que aparece en la imagen 1^(Imagen 1); se trata de una lesión que según refiere se produce tras mantener presión mantenida varias horas sin protección y con un exceso de humedad en el pie; a la exploración, se aprecia afectación epidérmica y sospecha de necrosis a nivel del calcáneo en un área de 4 x 4 cm, aunque aún es imposible conocer el alcance real. Esta situación es conocida en la literatura (National Pressure Ulcer Advisory Panel) como “Sospecha de lesión en los tejidos profundos – profundidad desconocida” definida como “Área localizada de color púrpura o marrón de piel decolorada o ampolla llena de sangre debido al daño de los tejidos blandos subyacentes por la presión y/o cizallamiento”.

Los pulsos periféricos están mantenidos, la temperatura y color de la piel perilesional son normales.

Es necesario en estas lesiones plantearse siempre un objetivo terapéutico, en este caso: “delimitar la necrosis”; para ello de entrada debe tratarse de forma conservadora y lo más importante evitar absolutamente la presión en la zona e ir comprobando como se delimita la afectación tisular (puede observarse ya en unas 48 h)^(Imagen 2).

La evolución durante las tres semanas siguientes fue hacia la completa delimitación de la necrosis, que además pasó de ser una escara estable, a una lesión con signos de fluctuación^(Imagen 3).



Imagen 1. UPP 10/2/14.



Imagen 2. UPP 12/2/14.



Imagen 3. UPP 4/3/14.



Imagen 4. UPP cat. IV 4/3/14 tras escarectomía.



Imagen 5. UPP con esfacelos 16/3/14.

La presencia de tejido desvitalizado o necrosado es un obstáculo para el proceso de cicatrización, ya que aumenta la probabilidad de infección y dificulta la cicatrización y la valoración del lecho de la úlcera. Para curar la úlcera es imprescindible eliminar este tipo de tejido mediante el desbridamiento, eligiendo en cada caso, la técnica de desbridamiento más conveniente⁽⁵⁾.

Las evidencias reflejan que es necesario desbridar las úlceras de talón con escara seca si presenta colección líquida por debajo (fluctuación o exudado)⁽⁶⁾.

Con fecha 4/3/14 se procede a una completa escarectomía^(Imagen 4) mediante desbridamiento cortante en la consulta de enfermería en centro de salud. La intervención se realiza previo consentimiento informado del paciente y familia sobre los riesgos/beneficios esperados.

Tras la retirada de toda la necrosis se comprueba la verdadera afectación tisular que alcanza a tejido óseo, por tanto, estamos ante una úlcera por presión de categoría 4, que se define como pérdida de tejido de espesor completo con exposición del hueso, el tendón o el músculo, en la que pueden aparecer esfacelos o escaras, que incluye a menudo cavitación o tunelización, con hueso/músculo expuesto, visible o directamente palpable⁽⁷⁾.

La tendencia habitual de estas lesiones es a que en el lecho aparezcan esfacelos, es decir restos inflamatorios y necróticos de los tejidos^(Imagen 5).

La presencia de tejido desvitalizado es habitual en las heridas crónicas; éste tejido contiene células y bacterias a consecuencia de la falta de vascularización, que impiden el proceso de cicatrización⁽⁸⁾.

Dado el aspecto de la lesión, en la que hay más de un 80% de tejido esfacelar, se decide comenzar con desbridamiento enzimático con colagenasa.

La colagenasa es una enzima proteolítica que tiene actividad selectiva para remover el tejido necrótico sin dañar el nuevo tejido de granulación formado y el tejido sano⁽⁹⁾.

Debe tener un contacto uniforme con la superficie de la herida; por consiguiente, se aplicará el ungüento homogéneamente en un espesor de aproximadamente 2 milímetros cada 24h⁽⁹⁾.

El desbridamiento enzimático, está basado en la aplicación local de enzimas exógenas, que funcionan de forma sinérgica con las enzimas endógenas, degradando la fibrina, el colágeno desnaturalizado, la elastina y favoreciendo el crecimiento del tejido de granulación. Es un método selectivo⁽¹⁰⁾, siendo combinable con otros métodos como el cortante o el autolítico.

Se recomienda aumentar el nivel de humedad en la herida para potenciar su acción y proteger la piel periulceral con películas barrera o pomadas de óxido de zinc, por riesgo de maceración. Los productos de desbridamiento enzimático pueden provocar irritación en la zona de piel alrededor de la úlcera⁽¹¹⁾.

En este caso el tratamiento con colagenasa se mantiene durante cuatro semanas seguidas^(Imagen 6) potenciándolo con la aplicación de un hidrogel y usando una espuma de poliuretano con adhesivo como apósito secundario.

Uno de los problemas que apareció en el transcurso del abordaje de la úlcera fue la aparición de maceración en la piel perilesional^(Imagen 7).

La piel perilesional es aquella que envuelve y rodea a la lesión, en las heridas crónicas la piel se suele encontrar expuesta a la acción de irritaciones, secreciones y exudados⁽¹²⁾.

En este caso la maceración pudo aparecer tanto por un exceso de exudado, por el uso de un apósito con reborde de hidrocoloide o por la propia colagenasa que en alguna ocasión pudiera haber irritado los bordes de la herida.

Imagen 7. UPP con maceración perilesional. 23/4/14

Los productos y compuestos destinados al abordaje de la perilesión son tan variados como sus peculiaridades, y cada uno de ellos mantiene unas indicaciones muy concretas y precisas.

Desde la industria farmacéutica se han desarrollado multitud de líneas y se han creado productos para el cuidado de la piel tanto perilesional como periestomal⁽¹³⁾.

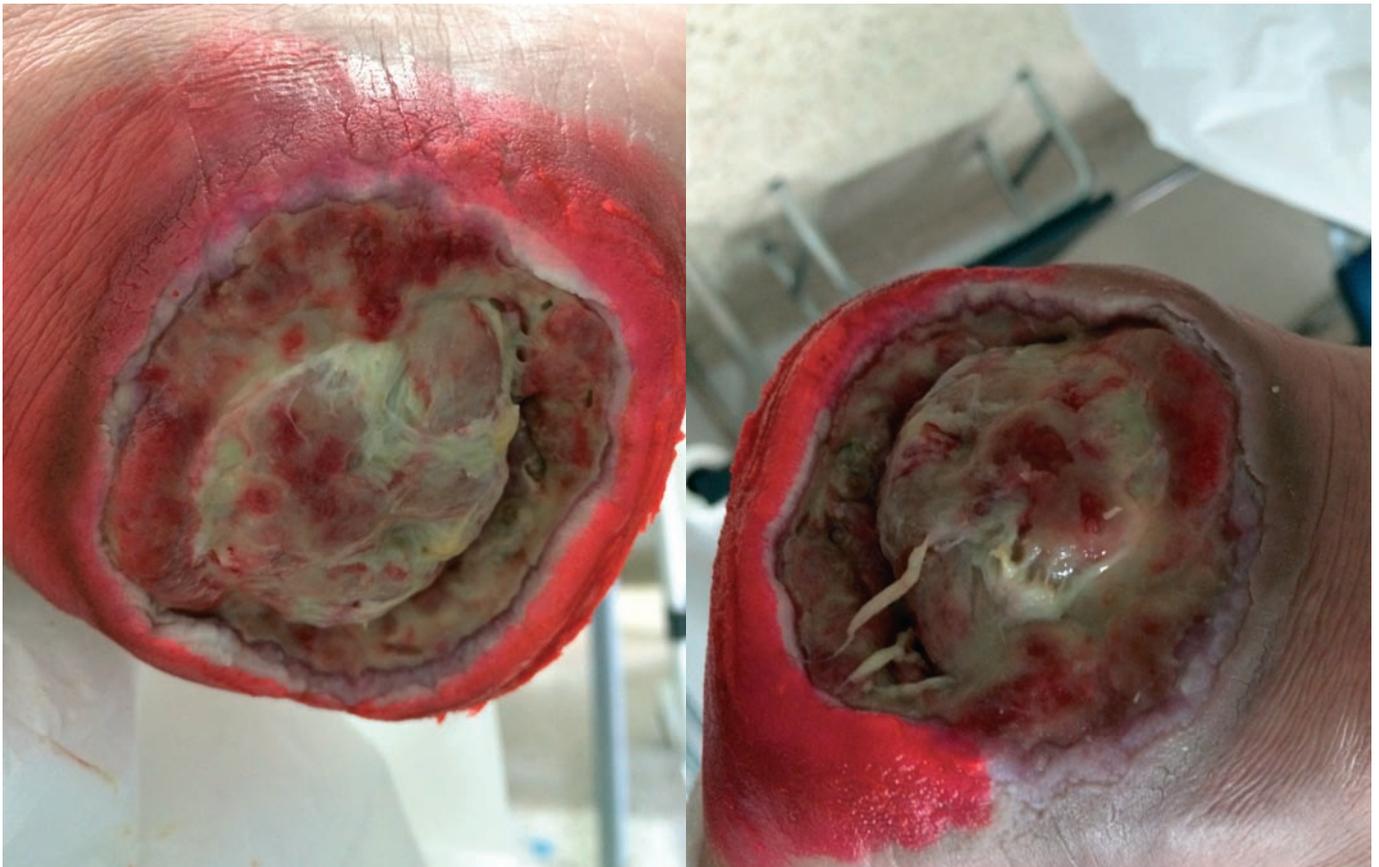
En este caso que nos ocupa, para el abordaje de la piel macerada se decidió emplear Merbromina al 2%^(Imágenes 8 y 9).



Imagen 6. UPP 15/4/14.



Imagen 7. UPP con maceración perilesional 23/4/14.



Imágenes 8 y 9. Aplicación de merbromina 2% en la piel perilesional macerada 23/4/14.

La merbromina es un antiséptico para la piel y mucosas que formando una película o film permite la curación de la piel.

La aplicación de Merbromina al 2% una vez en cada cura, en este caso cada 48 horas, durante una semana, fue suficiente para recuperar la integridad cutánea^(Imagen 10).

La aplicación de Merbromina en los bordes macerados de la úlcera, no impide seguir aplicando el tratamiento tópico que en ese momento requería el lecho de la herida, incluso se puede decir que, mediante este método de abordaje de la maceración, el apósito secundario con reborde adhesivo se aplica sin dificultad, cosa que no ocurre en el caso de aplicar otros tratamientos perilesionales.

Se decidió la cura tópica de la perilesión con Merbromina al 2% ya que actúa de antiséptico y además forma una película que seca la piel, habiendo ya experiencia de su uso en estos casos de maceración en literatura publicada y existiendo una buena relación coste beneficio⁽¹⁴⁾.



Imagen 10. UPP 5/5/14. Controlada la maceración tras la aplicación de merbromina 2%.

DISCUSION

La merbromina ha sido frecuentemente utilizada en medicina como antiséptico de uso tópico en pequeñas heridas superficiales, quemaduras, grietas y rozaduras⁽¹⁵⁾. También se ha utilizado en la antisepsia de heridas de difícil cicatrización, como en úlceras neuropáticas y heridas del pie diabético⁽¹⁶⁾.

Las propiedades antisépticas de la merbromina fueron descubiertas por Hugh H. Young en 1918, mientras trabajaba en el Johns Hopkins Hospital⁽¹⁷⁾.

Las soluciones de merbromina siguen siendo un antiséptico importante, particularmente en países en desarrollo, debido a su bajo coste de adquisición⁽¹⁸⁾.

La complejidad del abordaje de una de las complicaciones típicas de estas lesiones, como es la maceración, viene dada por dos puntos clave: etiopatogenia y tratamiento.

Este tipo de maceraciones precisan de la instauración de protocolos adecuados para que intenten evitarse, con un adecuado control del exudado, evitando que, como en este caso, la colagenasa irrite los bordes de la herida y la posterior personalización de las curas locales.

En nuestro caso, la evolución de la maceración de la perilesión ha sido muy favorable, se ha corregido en una semana de tratamiento con merbromina tópica. Se consiguió el objetivo establecido del control de la piel perilesional, desde las primeras curas.

Por nuestra experiencia, podemos recomendar la utilización de Merbromina al 2% en lesiones por irritación o maceración perilesionales, formando una película o film que permite la curación de la piel. Permite adherir posteriormente un apósito adhesivo en caso necesario.

BIBLIOGRAFÍA

1. De Luis D, Aller R. Revisión sistemática del soporte nutricional en las úlceras por presión. *An Med Interna (Madrid)*. 2007; 24(7): 342-45.
2. Roldán Valenzuela A. Úlceras por presión: etiopatogenia. [Monográfico online]. *Úlceras.net*. [Consultado 10-11-2015]. Disponible en: <http://www.ulceras.net/monografico/109/97/ulceras-por-presion-etiotopogenia.html>
3. Cañón Abuchar HM, Adarve Balcazar M, Castaño Duque AV. Prevención de las úlceras por presión en personas adultas hospitalizadas. *Guías ACOFAEN. Biblioteca Lascasas*. [online]. 2005; 1. [Consultado 10-11-2015]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0028.php>
4. Monsonís Filella B. Abordaje en las heridas de difícil cicatrización. [Tesis de grado]. Lleida: Facultad de Enfermería de la Universidad de Lleida; 2013.
5. Velasco M. Aspectos diagnósticos y terapéuticos de las úlceras de las piernas. *Actas Dermosifiliogr*. 2011; 102 (10): 780-90.
6. Tizón E, Pazos S, Álvarez M, Marcos MP, Quintela ME. Cura en ambiente húmedo en úlceras crónicas a través del Concepto TIME. Recomendaciones basadas en la evidencia. *Enferm Dermatol*. 2013; 7(20): 31-42.
7. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: Quick Reference Guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.
8. European Wound Management Association (EWMA). Position Document: Wound Bed Preparation in Practice. London: MEP Ltd; 2004.
9. Comité de Farmacia y Terapéutica del Hospital El Cruce-Alta Complejidad en Red, Varela F. Colagenasa-Cloranfenicol ungüento (Irujol®). Desbridamiento de heridas (úlceras por decúbito y quemaduras). *hospitalelcruce.org*. [online]. 2010. [Consultado 10-11-2015]. Disponible en: <http://farmacologiaclinica.blogs.hospitalelcruce.org/files/2013/01/inf-irujol-cfyf.pdf>
10. Falanga V. Wound bed preparation and the role of enzymes: a case for multiple actions of the therapeutic agents. *Wounds*. 2002; 14:47-57.
11. Bastida N, Crespo R, González J, Montoto MJ, Vedia C. Maneig de les úlceres per pressió en l'atenció primària. *Guides de pràctica clínica i material docent*. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2005. [Consultado 10-11-2015]. Disponible en: http://www.gencat.cat/ics/professionals/guies/ulceres_pressio/docs/guia_ulceres.pdf
12. Gago Fornells M, García Fernández FR. Cuidados de la Piel Perilesional. Madrid: Fundación 3M. Drug Pharma SL; 2006.
13. Sánchez-Mateos García J, Lozano-Gallego AI, Sánchez-Mateos Abengozar JL. Cuidado y tratamiento de la piel perilesional. *Triaje Enfermería Ciudad Real [revista online]*. 2013. [Consultado 10-11-2015]. Disponible en: http://www.enfermeriadeciudadreal.com/articulo_imprimir.asp?idarticulo=135&accion=
14. Davín Durbán I, Mateo Marín E. Colostomía espontánea: aplicación de terapia negativa tópica (VAC). *Enferm Dermatol*. 2009; 3(8): 20-5.
15. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Mercromina Film® (Laboratorio Lainco, S.A).Prospecto. Madrid: AEMPS [internet]. 2011. [Consultado 10-11-2015]. Disponible en: <http://medicamentos.ftb-reference.es/l/7406/Mercromina-Film>
16. Gaitan Enríquez J. Merbromina como tratamiento de elección en úlceras de pie diabético. *Clin Rural*. 1997 sep.; 497:1 [Separata].
17. Wilner I. The Man Time Forgot: A Tale of Genius, Betrayal, and the Creation of Time Magazine. New York (NY): Harper Collins; 2006.p. 230.
18. Mohite P, Bhatnagar A. Mercurochrome 1% as an antiseptic for burns: Economical-but is it efficacious and safe? *The Internet Journal of Surgery*. 2008; 21 (2): 1-9.