

ABORDAJE DE LAS LESIONES CUTÁNEAS MÁS FRECUENTES EN EL ENVEJECIMIENTO

APPROACH TO THE MOST FREQUENT SKIN LESIONS IN AGING

Autores:  Federico Palomar-Llatas ^(1,2,3) (*),  Elena Castellano-Rioja ^(2,3,4),  Luis Arantón-Areosa ^(2,3,5),  Begoña Fornes-Pujalte ^(1,2,3),  David Palomar-Albert ^(1,2,3,6),  Paula Díez-Fornes ^(1,2,3),  Jorge Zamora-Ortiz ^(1,2,3), .

- (1) Unidad de Enfermería Dermatológica, Úlceras y Heridas. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, España.
 (2) Cátedra Hartmann de Integridad y Cuidado de la Piel. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir de Valencia, España.
 (3) Grupo de investigación de Integridad y Cuidados de la Piel. Universidad Católica San Vicente Mártir de Valencia, España.
 (4) Departamento de Enfermería. Universidad Católica San Vicente Mártir de Valencia, España.
 (5) Dirección de Enfermería. Área Sanitaria de Ferrol, Servizo Galego de Saúde, España.
 (6) Clínicas Universitarias de la Universidad Católica de Valencia, España.

Contacto (*): federicop43@gmail.com

Fecha de recepción: 24/02/2020
 Fecha de aceptación: 20/04/2020

Palomar-Llatas F, Castellano-Rioja E, Arantón-Areosa L, Fornes-Pujalte B, Palomar-Albert D, Díez-Fornes P, Zamora-Ortiz J. Abordaje de las lesiones cutáneas más frecuentes en el envejecimiento. *Enferm Dermatol.* 2020;14(39):9-16. doi: 10.5281/zenodo.3779297

RESUMEN:

El envejecimiento cutáneo produce cambios fisiológicos y progresivos con la edad estando relacionados con la fragilidad cutánea y la aparición de comorbilidades. La sobreexposición a los rayos ultravioletas y la glicación no enzimática de las proteínas estructurales, entre otros factores propios de la vejez, hacen que se vea afectada y modificada la matriz extracelular de la dermis. En este artículo se describen de forma resumida las patologías más frecuentes relacionadas con el foto-envejecimiento y lesiones relacionadas con la dependencia.

Palabras clave: envejecimiento cutáneo, fotoenvejecimiento, lesiones relacionadas con la dependencia.

ABSTRACT:

Skin aging produces physiological and progressive changes with age, being related to skin fragility and the appearance of comorbidities. Overexposure to ultraviolet rays and non-enzymatic glycation of structural proteins, among other factors of old age, cause the extracellular matrix of the dermis to be affected and modified. This article briefly describes the most common pathologies related to photo-aging and dependency-related injuries.

Keywords: Skin aging, photo-aging, dependency-related injuries.

INTRODUCCIÓN: ⁽¹⁻³⁾

La piel como mayor órgano de nuestro cuerpo destaca por su función barrera protectora tanto contra las agresiones externas como internas, esta función barrera se subdivide en 11 propiedades reflejados en la **tabla 1**.

PROPIEDADES DE LA PIEL
Factor Hidratante Natural (FHN), (Antimicrobiana)
Protección frente agresiones externas (Resistencia, firmeza y elasticidad)
Protección frente a las radiaciones de los rayos UV
Inmunológico-Metabolizante de la vitamina D
Función sensitiva
Función emocional y anímico (rubor, palidez, olor)
Propiedades cosméticas (manto hidrolipídico)
Función termorreguladora manteniendo la temperatura corporal en equilibrio.
Funciones de absorción y excreción de líquidos.
pH 5'5
Impermeabilidad del resto del organismo

Tabla 1. Propiedades de la piel.

Nuestro cuerpo contiene un 80% de agua, siendo necesario que no llegue a evaporarse esta, ya que es vital para el mantenimiento de la elasticidad y funcionamiento de las actividades metabólicas del organismo.

FORMACIÓN DERMATOLÓGICA

La piel está cubierta por un manto hidrolipídico, que es su Factor Hidratante Natural (FHN) que la protege y hace de barrera, está compuesto por desechos de células epidérmicas que se desprenden constantemente sería queratina (proteínas), lípidos intercelulares, aminoácidos (ceramidas, colesterol y ácidos grasos poliinsaturados), secreción sebácea, sudoración, de la propia agua que se evapora, cosméticos y la polución, consiguiendo con este conjunto de desechos una barrera antibacteriana fisiológica del organismo, gracias a la presencia de ácidos grasos de cadena media, que modifican el pH, lo cual implica un factor adverso para el crecimiento bacteriano patógeno.

Los cambios fisiológicos de la piel de los ancianos les hacen más susceptibles a desarrollar múltiples dermatosis, debutando a la edad de 65-70 años y en un 70% tiene que ver con el fototipo. Es el resultado al cabo de los años de un acumulo excesivo de radiación solar y que estos efectos se ven en las zonas más expuestas como son la cara, pabellón auricular, el cuello, escote, dorso manos, etc.

FISIOPATOLOGÍA: (1-3)

La fisiopatología del envejecimiento cutáneo se agudizada principalmente por la pérdida o disminución del ácido hialurónico intradérmico y déficit de colágeno, responsables de mantener la construcción de la matriz extracelular (MEC) en la dermis, dando lugar a la pérdida de elasticidad y consistencia de la piel.

Los efectos del envejecimiento pueden verse agudizados por factores ambientales aumentando los radicales libres conduciendo a un estrés oxidativo y dando lugar al daño en los lípidos de la membrana y en las proteínas como el colágeno y la elastina.

Los factores (**Tabla 2**) que influyen en el envejecimiento cutáneo son:

PROPIEDADES DE LA PIEL
Factor Hidratante Natural (FHN), (Antimicrobiana)
Protección frente agresiones externas (Resistencia, firmeza y elasticidad)
Protección frente a las radiaciones de los rayos UV
Inmunológico-Metabolizante de la vitamina D
Función sensitiva
Función emocional y anímico (rubor, palidez, olor)
Propiedades cosméticas (manto hidrolipídico)
Función termorreguladora manteniendo la temperatura corporal en equilibrio.
Funciones de absorción y excreción de líquidos.
pH 5'5
Impermeabilidad del resto del organismo

Tabla 2. Factores que afectan al envejecimiento cutáneo.

TIPOLOGÍA Y CLASIFICACIÓN: (1-3)

Este síndrome de fragilidad cutánea, debuta con distintas manifestaciones clínicas que se agrupan principalmente en 6 entidades que se exponen en la **tabla 3**:

1. Sequedad, xerosis, rugosidad
• Pérdida luminosidad
• Pérdida de elasticidad
• Arrugas finas
• Surcos y arrugas gruesas
2. Queratosis actínicas
3. Alteraciones de la pigmentación
• Pigmentación moteada
• Lentigos solares
• Hipomelanosis guttata
• Pigmentación difusa permanente
• Cicatrices estrelladas
4. Alteraciones vasculares
• Telangiectasias
• Lago venoso
• Púrpura senil
5. Anejos cutáneos
• Comedones de Favre y Racouchot
• Hiperplasia sebácea
6. Otras lesiones
• Dermatoporosis
• Ulceras por presión
• Lesiones por humedad
• Tumores

Tabla 3. Clasificación envejecimiento cutáneo

1.- SEQUEDAD, XEROSIS, RUGOSIDAD:

La disminución de la barrera hidrolipídica o su desaparición provoca que la piel pierda agua del estrato córneo, diremos que el parámetro de hidratación cutánea, es la cantidad de agua contenida en la piel (comprendida por dermis, epidermis y estrato córneo), su defecto hace que aparezca una xerosis o piel seca.

Una menor retención de agua implica un mayor contacto con el exterior, y, por consiguiente, una mayor tendencia a la descamación. Esta descamación, en pacientes sanos, no supone ningún problema, y no debe preocuparnos excesivamente, pero en pacientes de la tercera edad o ancianos y los efectos de un deterioro de la integridad cutánea, por ejemplo, úlceras, es importante mantener una buena hidratación del tejido circundante, y por tanto, nos es útil conocer qué defensa natural presenta la zona afectada. Si este manto desaparece de forma excesiva (ya no solo el agua, aunque todo está relacionado), la epidermis queda desprotegida y los factores externos actúan de manera más agresiva.

Los lípidos son uno de los elementos más importantes para el mantenimiento del recubrimiento hídrico de la piel, entre los que destacan reteniendo agua:

- a) Los esfingolípidos: constituyen el mayor constituyente lipídico del estrato córneo, el más importante es la ceramida que retiene el agua extracelular e intersticial.
- b) Los esteroides libres: son esenciales para retener agua intracelular, pues suponen los lípidos mayoritarios de la membrana citoplasmática (colesterol, escualeno, ésteres de colesterol).

El estrato córneo presenta agua libre o ligada. El agua ligada va asociada mediante enlaces químicos a las proteínas de membrana de los corneocitos y a los lípidos de membrana. La hidratación del estrato córneo disminuye en función de la proporción "lípidos-proteínas". Cuando el estrato córneo está hidratado, presenta flexibilidad y plasticidad, si disminuye la hidratación, aparece la xerosis o sequedad cutánea con los signos de piel seca, áspera, descamación, agrietada y sin brillo, aparición de arrugas, pérdida de elasticidad (Imagen 1), las funciones seborreguladoras están disminuidas, poros cerrados, formación precoz de finas arrugas, picor, escozor, mayor sensibilidad a las agresiones y lesiones por rascado en prurito (Imagen 2).



Imagen 1. Xerosis o piel seca.

Esta sintomatología que presenta al deshidratarse la piel y no ser capaz de retener los niveles mínimos de agua a nivel de la capa córnea, ocasiona el desequilibrio en la función barrera hidrolipídica.

Hay dos fórmulas básicas de evitar esta evaporación del agua dérmica: una a base de fórmulas de aceite en agua O/W, que liberan agua al estrato córneo, y otra a base de W/O, que retrasa la pérdida de agua por la oclusividad.



Imagen 2. Lesiones por rascado en prurito.

La prevención y tratamiento de la xerosis⁽⁴⁾ o sequedad cutánea, consistirá en frenar la evaporación de agua al estar la barrera hidrolipídica alterada, hidratando el estrato córneo, ello nos llevará indirectamente al alivio del prurito por la sequedad por medio de re-lipidizar la deficiencia de lípidos intercorneocitos con ácidos grasos esenciales, cremas nutritivas, cremas calmantes, consiguiendo mayor suavidad, elasticidad y flexibilidad.

2. QUERATOSIS ACTÍNICAS:

Son lesiones premalignas, los pacientes diana son del fototipo I, II, III, mayores de 50 años y que la piel haya sido dañada con el tiempo por los rayos ultravioletas, afectando a células epidérmicas, en zonas expuestas y dando lugar a las denominadas solar o senil en ancianos⁽⁴⁾.

La clínica que presentan es de una macula mal definida, seca, no indurada ni erosiones. Si el paciente no las manipula para retirar, es oscura amarillenta (color pardo) de tonalidad eritematosa, piel áspera y rugosa al tacto y queratósica que podría llegar a desencadenar en cuerno cutáneo (Imagen 3).



Imagen 3. Queratosis actínica.

FORMACIÓN DERMATOLÓGICA

Podría remitir en algunos casos espontáneamente, pero en otros hay un alto riesgo en malignizarse y debemos tener presente la regla de las 5R+R que pueden llevar a desencadenar en carcinomas epidermoides⁽⁵⁾ (Tabla 4).

QUERATOSIS ACTÍNICA REGLA 5R + R	
Rojiza	+ Riesgo de evolución a Carcinoma escamoso cutáneo invasivo
Rasposa	
Reaparece	
Rostro	
Radiación solar	



Daño solar QA tipo I QA tipo II QA tipo III

Dominguez Cruz JJ. Actualización en queratosis actínica. 2018. disponible en: <http://farmacosalud.com/actualización-en-queratosis-actínica/> último acceso: 15/06/2018

Tabla 4. Regla de la 5R + R.

La prevención de estas lesiones debe de ser la educación frente a los baños solares y la fotoprotección, uso adecuado de los productos cosméticos y la pauta por su dermatólogo de antioxidantes y retinoides según grado de afectación.

El tratamiento tópico de las queratosis actínicas consistirá en, en primer lugar, raspado de las hiperqueratosis excedentes y sin erosionar, no es aconsejable electrocoagular la lesión sin que previamente se haya realizado una biopsia de confirmación. Se puede aplicar la crioterapia siempre que sean muy superficiales, en lesiones de tipo I, II, III.

Actualmente se han realizado tratamientos con quimioterapia tópica: Imiquimod (Aldara 5% ®). La pauta de aplicación es variable, la más utilizada es de 3 aplicaciones por semana, durante unas 3-4 semanas. (Imagen 4).



Imagen 4. Aplicación de crema de Imiquimod.

Otra quimioterapia tópica es el diclofenaco sódico en gel (Solaraze®), se aplica localmente sobre la piel afectada dos veces al día. La duración habitual del tratamiento es de 60 a 90 días. No debe excederse la cantidad máxima de 8 gramos por día.

3. ALTERACIONES DE LA PIGMENTACIÓN:

3.1. Lentigo simple:

Se presenta como una mancha, a veces ligeramente elevada, de coloración morena o negruzca, de forma circular o policíclica y diámetro de 2-3 mm. Es muy frecuente, se debe a un aumento del número de melanocitos a nivel de la epidermis, en vez del aumento en la producción de melanina que se daba en las efélides⁽⁴⁾.

El tratamiento tópico es con láser ablativo y no ablativo, crioterapia (Imagen 5) y peeling superficial.



Imagen 5. Lentigo simple que va ser tratado con crioterapia.

3.2. Lentigo solar:

Es una mancha de coloración morena, de 1 cm de diámetro o superior. En jóvenes aparece tras exposición aguda al sol, preferentemente en cara y espalda⁽⁴⁾. En personas mayores aparece tras exposición crónica al sol en zonas expuestas (cara, espalda y dorso de manos) (Imagen 6).

El tratamiento tópico es con láser ablativo y no ablativo, crioterapia, peeling superficial.



Imagen 6. Lentigo solar en dorso de una mano.

4. ANEJOS CUTÁNEOS:

4.1. Hiperqueratosis seborreica:

Son lesiones de color marrón, negro o tostado claro, aspecto ceroso, escamoso, rasposo al tacto y con sensación de estar como pegados a la piel y levemente sobreelevado de forma redondeada u ovalada de tamaño variable de 0'5 a 2'5 cm. Su aparición suele ser en cara, espalda, hombros^(6,7) (Imagen 7).



Imagen 7. Queratosis seborreica.

El tratamiento tópico es legrado previo a realizar la crioterapia con nitrógeno líquido y que podría aclarar la piel de la zona tratada. También puede realizarse la electrocoagulación, con el inconveniente de poder dejar una pequeña cicatriz

4.2. Comedones:

Es la obstrucción de un poro por el propio sebo y queratinización del canal folicular del paciente, células e incluso bacterias. Son los denominados puntos blancos. Cuando los poros están abiertos y el sebo junto a la queratina se oxidan en contacto con el aire se les denomina puntos negros o comedón^(6,7) (Imagen 8).



Imagen 8. Extracción de un comedón.

5. OTRAS LESIONES:

En este apartado hablaremos de las lesiones denominadas úlceras y que principalmente se han clasificado en cuatro tipos. Suelen aparecer en pacientes encamados o con enfermedades crónicas (dependientes)⁽⁸⁻¹²⁾, asignándole tradicionalmente la denominación de úlceras por presión (UPP), actualmente conocidas como "Lesiones relacionadas con la dependencia (LRCD)" y que están condicionadas por su etiología: presión, fricción, cizallamiento y humedad.

En este artículo, a modo funcional, la diferenciación que proponemos va un poco más allá de lo clásico, identificando y enmarcando cinco tipos de lesiones atendiendo al grado de agresividad por planos de los tejidos y por su etiología (tabla 5):

- 1) **Lesiones de plano superficial:** las que por su etiología muestran una afectación directa de la epidermis por fricción y/o por humedad.
- 2) **Lesiones de plano media:** donde la afectación puede ser dérmica o más profunda. Dentro de esta se incluye la denominada dermatoporosis con una clasificación propia.
- 3) **Lesiones de planos profundos:** donde existe una afectación por planos con pérdida de sustancia y desplazamiento de los tejidos. Son las denominadas úlceras por presión y por cizalla.

LESIONES CUTÁNEAS EN PACIENTES ENCAMADOS, CRÓNICOS Y DEPENDIENTES (F. Palomar Llatas).		
AFECTACIÓN SUPERFICIAL		
ÚLCERA POR FRICCIÓN	Son las producidas por el roce entre dos superficies y estando una de ellas en movimiento. Transformando la fuerza cinética (paciente) en energía calórica y ocasionando al paciente una flictena (quemaduras).	
ÚLCERA HUMEDAD	Proceso irritativo e inflamatorio y maceración, por contacto (orina, heces, jugo gástrico, sudor, jabones y mal secado en higiene del paciente). Son bilaterales (nalgas), área genitourinaria y perianal. Aumento del pH y temperatura de la piel.	
AFECTACIÓN MEDIA		
FRAGILIDAD CUTÁNEA (DERMATOPOROSIS)	Proceso de envejecimiento, presenta en general una atrofia funcional con disminución del flujo sanguíneo, aumento del tiempo de recambio celular y disminución del grosor en todas sus capas.	
AFECTACIÓN PROFUNDA		
ÚLCERA POR PRESIÓN (UPP) y/o ÚLCERAS DE KENNEDY	Una presión vertical, (32 mm de Hg) de tejido blando contra un plano duro, fracaso circulatorio, déficit de O ₂ y necrosis o muerte tisular. Úlceras de Kennedy son varias lesiones que simulan UPP y que aparecen progresivamente como manifestación del fallo cutáneo en pacientes que suelen fallecer a corto plazo: úlcera roja, amarilla o negra, en forma de pera, mariposa, herradura o, irregular.	
ÚLCERA POR CIZALLA	Es una fuerza interna tangencial a los planos de los tejidos blandos y óseos que causa un desgarro de estos. No hay pérdida de volumen pero si una deformación física de los tejidos.	

Tabla 5. Diferenciación de lesiones según afectación dérmica.

5.1. Lesiones por fricción:

Son las lesiones producidas por el roce entre dos superficies, estando al menos, una de ellas en movimiento (piel del paciente, sábanas, férulas, escayolas, etc.), lo que transforma la fuerza cinética (paciente) en energía calórica que ocasiona al paciente una lesión similar a una quemadura (Imagen 9).



Imagen 9. Lesión por fricción en talón

5.2. Lesiones por humedad:

La presencia de humedad en contacto directo y continuo con la piel, provoca la maceración de esta, derivando en un proceso cutáneo irritativo e inflamatorio con el consiguiente engrosamiento, deterioro y posterior destrucción de la epidermis.

Los principales agentes causantes de la humedad suelen ser: orina, heces y jugo gástrico (la urea que contiene la orina, se transforma en amoníaco con el paso de las horas, los jugos gástricos, por efecto del ácido clorhídrico y las heces por sus enzimas, alteran el pH cutáneo dando lugar a dermatitis. También el sudor, el exudado y determinados productos tópicos (cremas, lociones o colonias), sin olvidarnos de otros aspectos como la inadecuada higiene de la piel de los pacientes, con prácticas que se podrían denominar de mala praxis (no retirada de los restos de jabones durante el aseo o secado inadecuado de la piel). Este tipo de lesiones suelen ser bilaterales a nivel de nalgas (no en zona sacra), en zonas genitourinarias, perianal, en pliegues cutáneos (ingles, submamario, suprapúbico) (Imagen 10).



Imagen 10. Lesiones por humedad en zona perianal.

5.3. Dermatoporosis (Fragilidad cutánea):

Es un proceso degenerativo que presenta una piel más fina y seca con una reducción de la elasticidad y por consiguiente un aumento de la fragilidad capilar con densidad dérmica por debajo del nivel necesario para que haya soporte mecánico, existe un déficit de ácido hialurónico en intradérmico, modificando la matriz extracelular y perdiendo esta elasticidad y afectación del colágeno.

Se presenta en zonas expuestas al sol donde existe mayor incidencia por la exposición a los rayos ultravioletas, se aprecia su aparición a partir de los 65 años principalmente entre los 70 a los 90, su aparición puede ser espontánea. Se clasifica en 4 estadios de afectación según G. Kaya, que van desde la piel muy fina hasta el hematoma disecante⁽¹¹⁾ (Tabla 6).

ESTADIO	Atrofia cutánea	Púrpura senil	Pseudo cicatrices	Laceraciones cutáneas	Hematomas disecantes
I	(+)	(+)	(+)	(-)	(-)
II	(+)	(+)	(+)	(+)	(-)
III	(+)	(+)	(+)	(++)	(-)
IV	(+)	(+)	(+)	(++)	(+)

Tabla 6. Clasificación dermatoporosis (Elaboración propia adaptada de la clasificación de G. Kaya) ⁽¹²⁾.

Los signos característicos son:

- Piel fina (sin espesor), translúcida, inelástica, con o sin arrugas
- Púrpura senil o micro-hematomas en pacientes que no están anticoagulados.
- Pseudo-cicatrices estelares (cicatrices finas y blanquecinas).
- Laceraciones o lesiones denominadas en scalp superficiales, debidas a pequeños traumatismos.
- Hematomas, según el traumatismo son de gran tamaño y afectación denominándose hematomas disecantes, que pueden dar lugar a necrosis superficiales de la piel por la presión desde el interior al exterior.

El tratamiento preventivo de la dermatoporosis será educación sanitaria frente a una buena fotoprotección contra los rayos ultravioletas, mantener una buena hidratación para evitar xerosis, ajustar fármacos que puedan desencadenar el proceso (anticoagulantes, corticoides), reducir iatrogenia en la manipulación de pacientes dependientes (mejorar autonomía, caídas, traumatismos).

Respecto al tratamiento general de los pacientes, estará basado en antioxidantes (ácido lipoico, vitamina C, E, beta-carotenos, que actuarán contra el exceso de radicales libres, cremas o lociones compuestas con ácido hialurónico fragmentado.

En el caso que existan laceraciones o heridas en escalp, se intentara acoplar la piel desplazada aplicando moduladores de metaloproteasas y fijación por medio de tiras adhesivas en la piel; en el caso de la existencia de hematomas se realizará el desbridamiento autolítico (Ringer, hidrogeles) con la ayuda de instrumental no cortante para evitar más traumatismo o riesgo de hemorragias, una vez desbridado se realizaran lavados o fomentos con antiséptico (polihexanida) y evitar colonizaciones.

5.4 Úlcera por presión (UPP):

La presión hidrostática capilar normal, oscila entre 16-32 mmHg, así que una presión vertical media, de unos 32 mmHg, con una variabilidad de 20 a 40 mmHg, que superase la presión capilar al menos durante un periodo de 2 horas ocasionaría un fracaso circulatorio periférico, dando lugar a la isquemia tisular y por consiguiente una falta de oxígeno en los tejidos y por último la muerte del tejido ocasionando la momificación de este (necrosis), implicando por planos desde la epidermis a tejido celular subcutáneo, músculo, hueso e incluso órganos (Imagen 11).



Imagen 11. Úlcera por presión de categoría IV.

Dentro de la úlcera por presión, hay que tener claro el concepto de las denominadas **úlceras de Kennedy**, que son aquellas de aparición prácticamente brusca y no en una zona solamente, que suelen predecir que el fallecimiento a corto plazo del paciente (úlceras terminales). Su aspecto clínico es el de una úlcera roja, amarilla o negra en forma de pera, mariposa, herradura o irregular, similar en apariencia a una abrasión o ampolla (Imagen 12).



Imagen 12. Úlcera de Kennedy.

5.5 Úlcera por cizallamiento.

El cizallamiento es una fuerza interna tangencial a los planos de los tejidos blandos y óseos que causa desgarros en estos, como consecuencia de ser una fuerza cortante que realiza una destrucción interna entre los distintos planos (músculo, tejido adiposo, óseo) por estiramientos forzados. A diferencia de las UPP, no presentan pérdida de volumen, pero si una deformación física de los tejidos que lesiona internamente (Imagen 13).

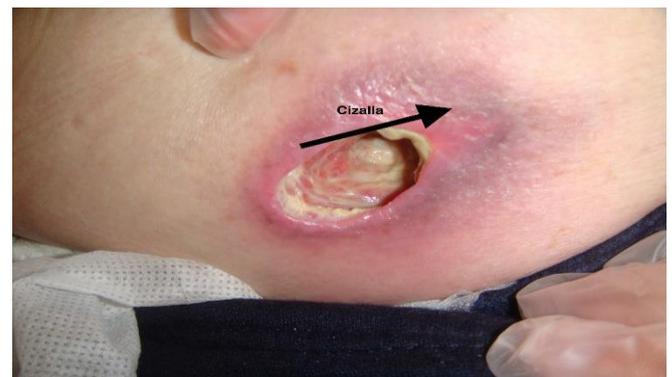


Imagen 13. Úlcera por cizallamiento.

5.6 Úlcera de Martorell

Las úlceras que en ocasiones no cicatrizan completamente, y teniendo una antigüedad mayor de 4 años, pueden degenerar en tumores (cáncer basocelular, espinocelular), originan las denominadas úlceras de Martorell (Imagen 14), las cuales destacan por ser úlceras crónicas y recidivantes; su diagnóstico se establece mediante biopsia.

FORMACIÓN DERMATOLÓGICA



Imagen 14. Úlcera de Martorell.

La clínica que presentan es de lesión con eritema, descamación, formas irregulares, destacan por sus bordes perlados, elevados, con telangiectasias, son xofíticas, tienen tejido desvitalizado en el lecho, existe una hipergranulación friable y no por colonización.

RECOMENDACIONES GENERALES:

- ✓ Seguir las recomendaciones divulgadas por las guías de práctica clínica específicas.
- ✓ Evaluación continua y plan de cuidados individual basado en evidencias.
- ✓ Definir y administrar un programa de cambios posturales de acorde a la dependencia del paciente (encamado, silla de ruedas...)
- ✓ Formar y dar educación sanitaria a los de cuidadores sobre prevención de las lesiones.
- ✓ Utilizar adecuadamente productos preventivos o protectores cutáneos en zonas de riesgo de lesiones.
- ✓ Lavado con jabones neutros, aclarado con agua y secado de la piel, por empapamiento (sin frotar), en zonas de pliegues utilización de secador.
- ✓ Aplicación de cremas hidratantes o ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO), sin excesos (cantidad mínima suficiente) para evitar la maceración principalmente en pliegues
- ✓ Evitar arrastre del paciente en las movilizaciones y recolocaciones.
- ✓ Mantener la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas; hacer la cama con pliegues en la sábana superior para evitar presión sobre los dedos de los pies principalmente el primer dedo.

- ✓ Utilizar camas y colchones (superficies especiales), con sistemas para el manejo o alivio de la presión, trapecios y barandillas.
- ✓ Utilizar dispositivos, cojines o almohadas para colocar al paciente en las distintas posiciones, de manera que los puntos de presión, no entren en contacto directo con el punto de apoyo.
- ✓ Control del exceso de humedad por medio cremas y películas barrera, aceites, apósitos absorbentes y dispositivos absorbentes sin plásticos (pañales).

CONFLICTOS DE INTERÉS:

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses en lo referente a lo declarado en este artículo científico.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Castelo-Branco C, Guerra-Tapia A, (coordinadores). Envejecimiento de la piel y las mucosas. Fundamentos clínicos y enfoque integral. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010.
2. González-Guerra E, Errasti Alcalá T, Guerra-Tapia A. Envejecimiento cutáneo: causas y tratamiento. *Mas Dermatología*. 2017; 29:4-12.
3. Fábregas A, Del Pozo A. Conceptos básicos de hidratación cutánea (I). Mecanismos naturales de hidratación. *Offarm*. 2006; 25(3): 128-9.
4. Lorente Galván M, Lequerica Segre P, Álvarez Pereira E. Dermatitis Atópica: Enfoque Clínico y Terapéutico Básico. *Rev Cienc Biomed*. 2010; 1(2): 271-7.
5. Farmacosalud.com. [internet]. *Dermatología: Domínguez Cruz JJ. Actualización en queratosis actínica*. 2018.
6. Redondo Bellón P. Atlas práctico de cirugía dermatológica. Madrid: Aula médica; 2014.
7. Vázquez FJ. Monografías de dermatología quirúrgica. Barcelona: ESMONpharma; 2010.
8. García-Fernández FP, Soldevilla-agreda JJ, Pancorbo-Hidalgo PI, Verdú-Soriano J, López-Casanova P, Rodríguez-Palma M. clasificación-categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia. Documento técnico GNEAUPP nº II. (2ª ed). Logroño: GNEAUPP; 2014.
9. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Perth, Australia; 2014.
10. Palomar-Llatas F, Fornes-Pujalte B, Arantón-Areosa L, Rumbo-Prieto JM. Diferenciación de las úlceras en pacientes encamados y con enfermedades crónicas. Influencia de la humedad, fricción, cizalla y presión. *Enferm Dermatol [internet]*. 2013; 7(18-19):14-25.
11. Kaya G, Kaya A, Sorg O, Saurat J-H. Dermatoporosis, a prevalent skin condition affecting the elderly: current situation and potential treatments. *Clin Dermatol*. 2019; 37(4):346-50.
12. Palomar-Llatas F, Burgos-Frau R, Sánchez-Salvador A, Parreño-López N, Pinilla-Salcedo N, Martínez-Marín M, Castellano-Rioja E, Landete-Belda L. Prevalencia de envejecimiento cutáneo crónico (dermatoporosis) en ancianos institucionalizados de centros sociosanitarios de Valencia. *Enferm Dermatol [internet]*. 2019; 13(38): 48-54.