

LA GESTIÓN DEL EXUDADO EN ÚLCERAS Y HERIDAS: FAMILIA DE APÓSITOS

MANAGEMENT OF EXUDATE IN ULCERS AND WOUNDS: DRESSING FAMILY

Autores:  Federico Palomar Llatas ^(1,2),  Jorge Zamora Ortiz ^(1,2), David Palomar Albert ^(2,3), Paula Diez Fornes ^(1,2), Concepción Sierra Talamantes ^(1,2),  María Isabel Pastor Orduña ⁽²⁾,  Elena Castellano Rioja ^(2,4),  María Company Palonés ^(2,5),  Virginia Clausell Català ^(2,6), Carlos Segovia Donoso ^(2,7),  Begoña Fornes Pujalte ⁽¹⁾.

(1) Unidad de úlceras, Hospital General Universitario de Valencia, España

(2) Cátedra Hartmann de Integridad y cuidado de la piel. Universidad Católica de Valencia, España

(3) Clínicas Universitarias. Universidad católica de Valencia, España

(4) Departamento de Enfermería. Universidad Católica de Valencia

(5) Hospital Universitario y Politécnico La FE de Valencia, España

(6) CAP Onda, Departamento de salud La Plana, Valencia, España

(7) Unidad de cuidados Intensivos, Hospital Clínico Mutual de Seguridad, Santiago de Chile

Contacto: federicop43@gmail.com

Fecha de recepción: 10/06/2021
Fecha de aceptación: 30/07/2021

Palomar-Llatas F, Zamora-Ortiz J, Palomar-Albert D, Diez-Fornes P, Sierra-Talamantes C, Pastor-Orduña MI, Castellano-Rioja E, Company Palonés M, Clausell-Català V, Segovia-Donoso C, Fornes-Pujalte B. La gestión del exudado en úlceras y heridas: familia de apósitos. *Enferm Dermatol.* 2021; 15(43): 9-13. DOI: 10.5281/zenodo.5532842

RESUMEN:

Este artículo de revisión clínica está encaminado a valorar la importancia que tiene el exudado en las heridas crónicas principalmente y también en las heridas agudas. Las evidencias científicas recogidas en la bibliografía inciden en la importancia del tratamiento de las úlceras cutáneas basados en los principios de cura en ambiente húmedo; una humedad que hay que saber gestionar con los productos que disponemos para ello, así como, saber cuándo y que tipo de familia de apósitos es capaz de controlar el exceso de exudado.

Palabras clave: Úlcera cutánea, exudados y transudados, Cura húmeda, Apósitos.

ABSTRACT:

This clinical review article is aimed at assessing the importance of exudate in chronic wounds mainly and also in acute wounds. The scientific evidence collected in the literature emphasizes the importance of the treatment of skin ulcers based on the principles of moist wound healing; a moisture that must be managed with the products available for it, as well as knowing when and what type of dressing family is able to control the excess of exudate.

Key words: Skin ulcer, Exudates and Transudates, Moist cure, Dressings.

INTRODUCCIÓN:

Las heridas sean de la etiología que sean pueden presentar un nivel mas o menos elevado de exudados, dependiendo en la fase de cicatrización o complicaciones que puedan tener a nivel local como puede ser el nivel de colonización polimicrobiana.

El tratamiento tópico de las heridas crónicas e incluso agudas está científicamente demostrado de que es más efectivo el denominado tratamiento de “cura en ambiente húmedo” esto no quiere decir qué contra más exudado o humedad mejor nos pueda acelerar los procesos de cicatrización, por ello hay que saber gestionar este exudado y qué productos a utilizar son los que mejor nos pueden gestionar distintos niveles de exudado.

Antes de comenzar un tratamiento lo ideal es la valoración no solamente de las lesiones, sino que nuestro objetivo debe de ser la persona, no tenemos úlceras, tenemos pacientes con lesiones cutáneas y debemos valorar todo en uno.

Para ello disponemos de documentos de consenso de las sociedades científicas internacionales⁽¹⁻⁴⁾, teniendo por ejemplo los documentos de valoración del exudado principalmente⁽²⁾, donde nos basamos para complementar con este artículo y refiriéndonos a nuestra práctica

FORMACIÓN DERMATOLÓGICA

clínica junto con la aparición de nuevos productos para el tratamiento de las heridas tanto agudas como crónicas.

CONCEPTO DE VALORACIÓN:

Fijándonos en los principios para la valoración de las heridas en sus diferentes estadios, tipo de tejido y piel circundante, vemos que se marca desde 3 puntos como es el documento World Union of Wound Healing Societies (WUWHS)⁽³⁾ o el clásico con 4 puntos, que se ha utilizado generalmente el denominado concepto TIME⁽¹⁾. En el último año 2019 con la publicación del documento TIMERS⁽⁴⁾, se han centrado los tratamientos de las heridas crónicas mas en el paciente, su entorno y en las características propias de las lesiones.

DEFINICIÓN:

El exudado se ha definido como un “fluido de consistencia generalmente a cosas resultantes de la secreción de fluidos corporales cuyo origen puede ser intracelular o extracelular cuando existe una solución de continuidad de la piel a veces incluso imperceptible cómo puede ser por ejemplo en el linfedema”⁽⁵⁾.

También definido por la WUWHS en su documento de consenso, como el drenaje de la herida como la “materia exudada; especialmente el material compuesto de suero, fibrina y glóbulos blancos que se escapa a una lesión o área superficial de inflamación”⁽⁶⁾.

La valoración y exploración del exudado consta prácticamente en todas las guías de consenso de

valoración de las heridas como un ítem más, pero hay que tener presente la importancia de una mala gestión del exudado ya que ello conlleva a priori un exceso de humedad y que dará como resultado una maceración perilesional y un sobrenadante en el lecho de la herida que inhibirá el proceso de cicatrización e incluso será un excelente caldo de cultivo para la colonización polimicrobiana.

La valoración propuesta de la herida basada en la WUWHS en 2007, se basa en una figura geométrica de 6 lados (hexágono) y cada uno de ellos equivalente a la exploración y valoración de los ítems (Imagen 1): 1º La evaluación del paciente es fundamental conocer las comorbilidades, farmacología, adherencia al tratamiento, aspectos psicosociales del paciente, su estado nutricional, el dolor, la actividad de la vida diaria etc., un 2º punto la región o zona anatómica donde está localizada la herida, qué forma o irregularidades tiene, antigüedad, las medidas (largo, ancho, profundidad, volumen), el 3º punto exploraremos el tipo y características del lecho de la herida (granulación, tipo de desvitalizado, tipo de carga bacteriana, vírica o fúngica) y etapas de cicatrización, características de los bordes, el 4º punto será la evaluación del exudado (cantidad, consistencia olor, color), el 5º punto sería la valoración de la piel perilesional donde se examinará una posible afectación por el exudado (maceración, erosiones, etc.), existencia de costras, hiperqueratosis, escoriaciones, si esta seca y por último, el 6º punto sería la evaluación del apósito que utilizamos para enfocarlo en todos los sentidos donde nos pueda proteger los apartados anteriores del hexágono.

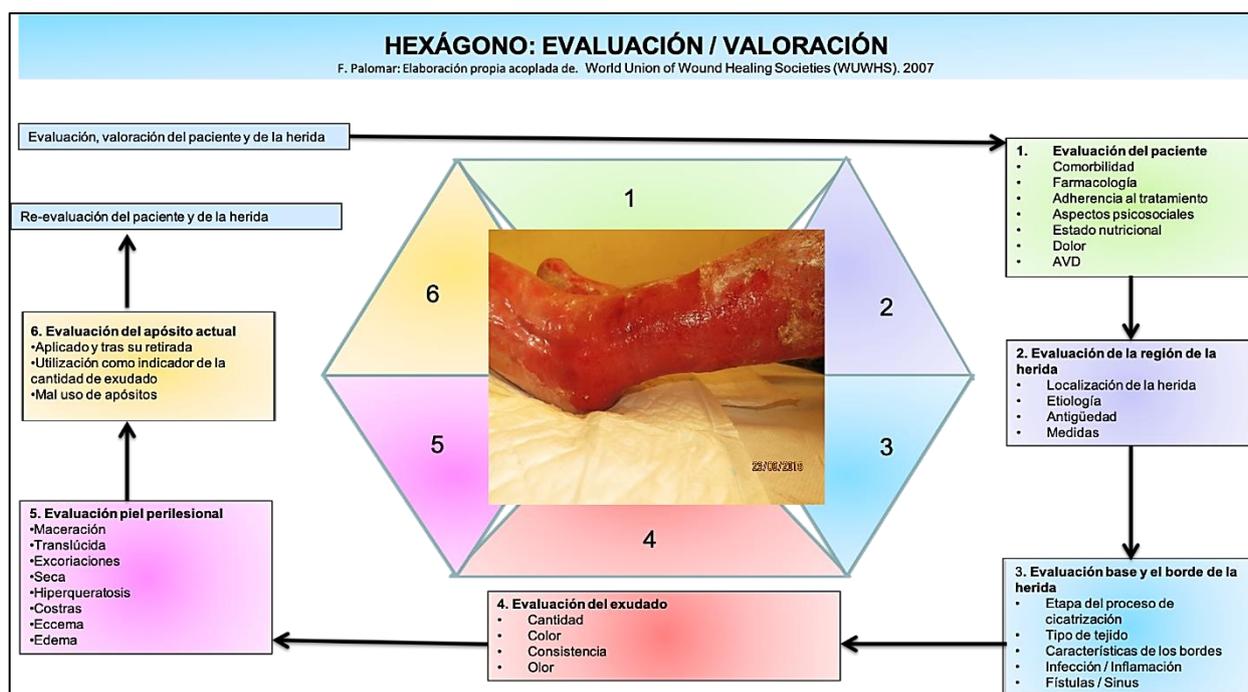


Imagen 1. Hexágono de Evaluación – Valoración.

Por tanto, el exudado de las heridas es a menudo percibido como un problema en el manejo de estas (Imagen 2), sin embargo, debemos tener presente su importancia en el proceso de cicatrización basándonos en los principios de la cura en ambiente húmedo (CAH), esta gestión del exudado (Imagen 3) en el lecho de la herida será ayudar a mantener un microclima donde se pueda favorecer la cicatrización dependiendo de su etiología y de una buena práctica clínica.



Imagen 2. Úlcera con un exceso de exudado.



Imagen 3. Úlcera con una correcta gestión del exudado.

La etiología del aumento del exudado es muy variada debida a una respuesta o una interacción complicada entre distintos factores como es el caso de la composición del exudado, su densidad, olor y color no es lo mismo en una úlcera de etiología venosa que en una úlcera por presión e incluso la fisiología en el proceso de cicatrización de la herida, los agravantes patológicos o por la movilidad o posición ergonómica e incluso la mala praxis del profesional al no hacer un correcto uso de los productos par CAH.

Por supuesto una mala gestión del exudado puede afectar en la calidad de vida del paciente debido a que existan fugas en los apósitos utilizados dando lugar a un

aumento del nivel del dolor o malestar en la zona perilesional de la úlcera, afectando a los aspectos psíquicos emocionales del paciente⁽⁷⁾ por verse muchas veces manchado, maloliente y verse el paciente afectado por un deterioro de su imagen corporal. Complicaciones por un alto riesgo de colonización y a nivel de gestión de recursos un aumento de costes en tiempos de cuidados de enfermería y en costes económicos por el aumento en el numero de cambio de apósitos (Imagen 4).



Imagen 4. Apósito con excesivo exudado en la capa externa.

Respecto a la composición del exudado está claro que existe en su composición agua, electrolitos, detritus celulares, factores de crecimiento plaquetarios, células serie blanca y enzimas proteolíticas (MMP9)⁽⁸⁾, todos estos componentes varían en cantidad según en que fase del proceso de cicatrización se encuentre y son necesarias para la cicatrización. Un exudado equilibrado estimula la proliferación celular, sirve para que los fibroblastos por ejemplo se desplacen en el sobrenadante a nivel de todo el lecho para una correcta epitelización, recordemos que un aumento de los niveles de estas encimas proteolíticas es principalmente en procesos inflamatorios (Imagen 5) en heridas crónicas degradan la matriz extracelular del lecho (MEC) dañando estos cimientos que deben formarse en el lecho de la herida para su eficaz cicatrización.

La producción del exceso de exudado nos lo encontramos en procesos inflamatorios (colonizaciones, tumores)⁽⁹⁾ y por lo tanto hay un aumento de la permeabilidad capilar y extravasación de líquido al igual que nos ocurre con la presencia de edemas influenciada en muchos casos por la comorbilidad de los pacientes y la no adherencia a los tratamientos como es el caso de pacientes con úlceras en miembros inferiores y de etiología venosa que no admiten la terapia compresiva pero tenemos como ejemplo la etiología arterial donde el dolor puede dar lugar a un edema postural por mantener el paciente la pierna fuera de la cama aumen-

FORMACIÓN DERMATOLÓGICA

tando la presión hidrostática, para supuestamente un alivio del dolor punzante, estridente y por consiguiente dar origen a edemas. También hay que recordar el elevado nivel de exudado que nos encontramos en las lesiones tumorales bien como primarios o cutáneos o metástasis cutáneas⁽¹⁰⁾.

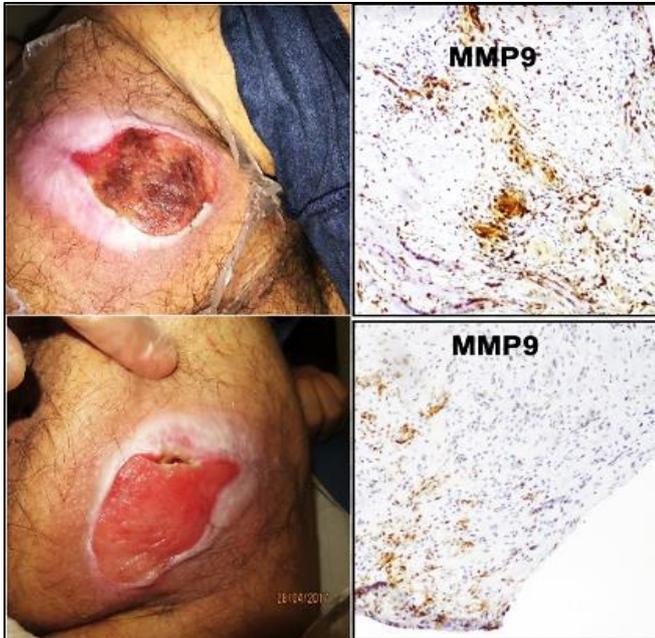


Imagen 5. MMP9 en tejido lecho úlcera, pre y post tratamiento y control del exudado.

La evaluación de los niveles de exudados ha sido propuesta por la comunidad científica (NPUAP e IMEUPP), en 4 niveles (ninguno, bajo, moderado y alto), pero haciendo referencia a las familias de apósitos existentes en el mercado y comprobando su nivel de absorción nuestro grupo propone 5 niveles de exudado (basados en la propia experiencia) que pueden evaluarse a través de una escala visual de exudado que establece los niveles de exudado mediante observación directa de la piel perilesional y lecho ulceral (Tabla 1).

Los problemas asociados al exceso del exudado o a la mala gestión de este para el paciente hace que la piel perilesional⁽¹¹⁾ se macere, pierda su consistencia, se ablande, tome un color blanco perlado, sin brillo, eczemas, costras y se vuelva frágil, perdiendo la epidermis y como consecuencia comienza un retraso en la cicatrización, dolor, aumento del tamaño de la lesión por la friabilidad de la piel, el mal olor, aislamiento social y baja autoestima.

Respecto lo que supone para el personal de la salud: un aumento en tiempos de enfermería, aumento frecuencia de cambios de apósito, aumento en costes sanitarios y por no saber gestionar por estos altos niveles de exudado el llamado fracaso profesional.

El manejo o gestión del exudado depende de una forma crítica del material que se utilice y de que éste se adecúe al tamaño de la lesión y a la familia de apósitos dependiendo esta del nivel de absorción de exudados (12-14).

NIVEL DE EXUDADO	
<p>NADA / NINGUNO (- / 0)</p> <p>Presenta piel perilesional dentro de los límites de la normalidad.</p>	
<p>BAJO / ESCASO (+ / 1)</p> <p>Piel perilesional normal sin signos destacables, bordes de la herida limpios, lecho con tejido de granulación y con tendencia a la epitelización.</p>	
<p>MODERADO (++ / 2)</p> <p>Presenta más de 1 cm de maceración en la piel perilesional, lecho con tejido de granulación y biofilm fisiológico.</p>	
<p>ABUNDANTE / ALTO (+++ / 3)</p> <p>Malestar local por escozor, prurito, mal olor y deterioro de la epidermis. Presencia de tejido desvitalizado. Riesgo de colonización.</p>	
<p>MUY ALTO (++++ / 4)</p> <p>Malestar local por escozor, prurito, mal olor y deterioro de la epidermis, ulceraciones satélites alrededor de la lesión principal. Presencia de tejido desvitalizado. Riesgo de infección.</p>	

Tabla 1. Nivel de exudado. (Fuente: elaboración propia).

Tal como hemos indicado anteriormente, proponemos 5 niveles de un exudado desde nada a muy alta al igual que los apósitos los niveles de absorción según familia (Imagen 6).



Imagen 6. Nivel de absorción según familia de apósitos.

Como apósitos que tendrían baja/nula capacidad de absorción tendríamos las mallas, los de baja capacidad de absorción tendríamos los hidrocólidos finos, con capacidad moderada de absorción estarían los hidrocólidos en placa y las láminas finas o lite de espuma, con una alta capacidad de absorción tenemos los apósitos de espuma, alginato cálcico y las hidrofibras de hidrocólido y para los de muy alta capacidad de absorción tenemos los de poliácido de celulosa.

Por tanto, para la gestión de heridas con altos niveles elevados de exudado sería la gestión con apósitos de alta capacidad de absorción y respetando los principios de CAH (no adherencia al lecho, alta capacidad de absorción filtrante y mantener la simbiosis evaporación transmisión y no estar mojado), poder evaluar la interacción en la dinámica de fluidos capilaridad entre el apósito y el exudado, para así disminuir la fuga de exudados, evaluar el apósito bajo presión que mantenga o retenga exudado aportando las condiciones óptimas de cicatrización de la herida y la calidad de la piel perilesional.

CONCLUSIONES:

Utilización de los apósitos según nivel de exudado y así gestionar correctamente este exudado y evitar complicaciones como la maceración, aumento de las lesiones, colonización, etc. la utilización de apósitos de absorción vertical y a niveles muy elevados de exudado que los apósitos tienen la capacidad de gelificar en su interior.

CONFLICTOS DE INTERÉS:

Los autores declaran no tener conflicto de intereses, sea financiero o de otra índole. También declaran que las imágenes utilizadas cumplen la normativa ética legal vigente relacionada con los estudios de investigación clínica (consentimiento y protección de datos).

BIBLIOGRAFÍA:

1. European Wound Management Association (EWMA). Position Document: Wound Bed Preparation in Practice. London: MEP Ltd; 2004.
2. World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). Principios de las mejores prácticas: Exudado en las heridas y utilidad de los apósitos. Documento de consenso. London: MEP Ltd; 2007.
3. World Union of Wound Healing Societies (WUWHS), Florence Congress, Position Document. Advances in wound care: the Triangle of Wound Assessment. London: Wounds International; 2016.
4. Atkin L, Bučko Z, Conde Montero E, Cutting K, Moffatt C, Probst A, Romanelli M, Schultz GS, Tettelbach W. Implementing TIMERS: the race against hard-to-heal wounds. *J Wound Care* 2019; 28(3 Suppl 3):S1-S49.
5. Palomar-Llatas F, Capillas-pérez R. Heridas oncológicas. [Cap.5]. En: Arantón Areosa L, Beaskoetxea Gómez P, Bermejo Martínez M, Capillas Pérez R, Cerame Pérez S, García Collado F, et al. Guía Práctica Ilustrada. Tratamiento de Heridas. Madrid: EDIMSA; 2008. p.61-72.
6. World Union of Wound Healing Societies (WUWHS) Consensus Document. Wound exudate: effective assessment and management. London: Wounds International; 2019.
7. Griffin J. Effective exudate management improves patient wellbeing. *J Comm Nurs*. 2014; 28(suppl 5): 12-6.
8. Consenso Internacional. Función de las proteasas en el diagnóstico de heridas. Revisión de un grupo de trabajo de expertos. Londres: Wounds International; 2011.
9. World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). Principios de las mejores prácticas: La infección de las heridas en la práctica clínica. Consenso Internacional. London: MEP Ltd; 2008.
10. Palomar Llatas F, Fornes Pujalte B, Díez Fornes P, Muñoz Mañez V, Lucha Fernández V, Arantón Areosa L. Guía de actuación en lesiones Oncológicas. *Enferm Dermatol*. 2008; 2(4):8-15.
11. Palomar-Llatas F, Ruiz-Hontangas A, Castellano-Rioja E, Arantón Areosa L, Rumbo-Prieto JM, Fornes-Pujalte B. Validación de la escala FEDPALLA-II para valoración y pronóstico de la piel perilesional en úlceras y heridas. *Enferm Dermatol*. 2019;13(37): 43-51.
12. Murphy C, Atkin L, Swanson T, Tachi M, Tan YK, Vega de Ceniga M, et al. International consensus document. Defying hard-to-heal wounds with an early antibiofilm intervention strategy: wound hygiene. *J Wound Care*. 2020; 29(Suppl 3b):S1-28.
13. Salmerón-González E, García-Vilariño E, Ruiz-Cases A, Sánchez-García A, García-Sánchez J. Absorption Capacity of Wound Dressings: A Comparative Experimental Study. *Plastic Surg Nurs*. 2018; 38(2):73-5.
14. Barrett S, Callaghan R, Chadwick P, Haycocks S, Rippon M, Stephen-Haynes J, Simm S. An observational study of a superabsorbent polymer dressing evaluated by clinicians and patients. *J Wound Care*. 2018;27(2):91-100.