

Úlceras por presión e hidrocoloides

made easy



Volumen 2 | Número 4 | Noviembre de 2011 www.woundsinternational.com

Introducción

Las úlceras por presión plantean un reto significativo para los sistemas de cuidado de la salud, y someten a los pacientes a malestar considerable, dolor y humillación. Aunque se deben hacer todos los esfuerzos para prevenir las úlceras por presión, no todas pueden ser prevenidas. Este artículo discute el papel de los apósitos hidrocoloides en el manejo de las úlceras por presión Categoría/Estadio I y II (Recuadro 1).

Autores: Fletcher J, Moore Z, Anderson I, Matsuzaki K. En la página 5 se pueden encontrar detalles completos.

La magnitud del problema

No se conoce la verdadera frecuencia y costo asociado de las úlceras por presión. Los cálculos sugieren que en Europa, aproximadamente el 18% de los pacientes hospitalizados pueden tener una úlcera por presión¹. En 2004, se estimó que el costo total del cuidado de las úlceras por presión fue responsable de cerca del 4% de los gastos del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido (aproximadamente £2 billones)². Adicionalmente, en el Reino Unido, entre 2003 y 2008, las úlceras por presión fueron consideradas directamente como una causa de muerte en 4.708 personas³. En los Estados Unidos, se cree que en el sector hospitalario los costos asociados con las úlceras por presión pueden ascender a USD \$11 billones por año⁴.

Hidrocoloides y úlceras por presión

Los hidrocoloides son ampliamente usados en el manejo de úlceras por presión⁵. Han sido recomendados para uso en úlceras por presión Categoría/Estadio II y III⁶, y se están utilizando o cada vez más en el manejo de las úlceras por presión Categoría/Estadio I⁷.

¿Qué es un apósito hidrocoloide?

Los apósitos hidrocoloides están constituidos por una capa de material formador de gel adherida a una película semipermeable ó a una espuma de apoyo. La capa de gel consta de una matriz adhesiva que contiene una combinación de materiales absorbentes como carboximetilcelulosa sódica, pectina y gelatina. El apósito resultante es absorbente y autoadhesivo, incluso en condiciones de humedad⁸.

Aunque diferentes apósitos hidrocoloides pueden lucir similares, sus habilidades de manejo de los fluidos pueden diferir marcadamente⁹. Muchos apósitos hidrocoloides están disponibles en una variedad de formas, tamaños y grosores. Pueden incluir productos diseñados para áreas anatómicas específicas (por ej., el sacro o el talón). Algunos productos son muy delgados o tienen bordes ahusados que les confieren menos probabilidad de arrugarse, plegarse o enrollarse en los bordes. Estos productos más delgados también pueden ser semitransparentes, permitiendo la visualización de la herida sin necesidad de retirar el apósito.

Las variaciones en los materiales de apoyo pueden alterar el carácter 'resbaladizo' del apósito. Los apósitos que tienen una superficie externa más 'resbalosa' reducen el coeficiente de fricción entre la superficie de apoyo y el paciente, y de este modo disminuyen la cantidad de rozamiento y fricción transmitidos a la piel subyacente. De este modo, pueden ayudar a reducir el riesgo de daño posterior.

Muchos de los apósitos hidrocoloides más recientemente disponibles, incluyendo algunos productos más gruesos, combinan los bordes ahusados y una superficie de apoyo blanda.

¿Cómo actúan los apósitos hidrocoloides?

Se cree que los apósitos hidrocoloides tienen varias propiedades claves que son útiles en el manejo de las úlceras por presión,

Recuadro 1 Úlceras por presión: una definición y clasificación⁶

Una lesión localizada en la piel y/o tejido subyacente, usualmente sobre una prominencia ósea como resultado de presión, o presión en combinación con rozamiento. Varios factores contribuyentes o desconcertantes también están asociados con las úlceras por presión; todavía no se ha clarificado la significancia de estos factores.

Clasificación del NPUAP/EPUAP:

Categoría/Estadio 1: Enrojecimiento no blanqueable (que no empalidece) de piel intacta

Categoría/Estadio II: Pérdida del grosor parcial de la piel o ampolla*

Categoría/Estadio III: Pérdida del grosor total de la piel (grasa visible)

Categoría/Estadio IV: Pérdida del grosor total de la piel (músculo/hueso visible)



*Fotografía utilizada con la amable autorización de Dale Copson, MSc, BSc (Hons) RN, Enfermero Especialista en Viabilidad del Tejido, anteriormente de Southern Derbyshire Acute Hospitals NHS Trust. Otras fotografías cortesía de ConvaTec®

Material de distribución exclusiva para profesionales de la salud. No todas las afirmaciones que aquí se hacen se atribuyen a los productos hidrocoloides de ConvaTec.

Úlceras por presión e hidrocoloides

made easy



incluyendo:

- **Producción de un medio ambiente húmedo para la herida**
- **Manejo del exudado**
- **Facilitar el desbridamiento autolítico**
- **Provisión de una barrera para los microorganismos**
- **Ayuda con el manejo del dolor¹⁰.**

Creación de un medio ambiente óptimo para la cicatrización

Los apósitos hidrocoloides crean un medio ambiente húmedo para la herida que se sabe que es beneficioso para la cicatrización¹¹. Específicamente, se cree que los hidrocoloides promueven la angiogénesis, incrementan el número de fibroblastos dérmicos, estimulan la producción de tejido de granulación, e incrementan la cantidad de colágeno sintetizado¹⁰.

Desbridamiento autolítico

Las propiedades retenedoras de humedad de los hidrocoloides ayudan a suavizar delicadamente y rehidratar el tejido necrótico y esfacelo, contribuyendo al desbridamiento autolítico. Esto puede demorar más que el desbridamiento incisivo o bioquirúrgico (por ej., terapia larvaria), pero puede ser más apropiado en algunas situaciones.

Prevención de la infección e infección cruzada

Los hidrocoloides son adhesivos e impermeables, y se ha demostrado que algunos hidrocoloides actúan como una barrera viral y bacteriana (por ej., para *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente (MRSA), virus de la hepatitis B (HBV) y virus de inmunodeficiencia humana (HIV-1), siempre y cuando el apósito permanezca intacto y sin filtración¹²⁻¹⁴. Los apósitos hidrocoloides pueden, por lo tanto, ser ventajosos para uso en áreas tales como el sacro, que regularmente están sujetas a contaminación abundante. Varios estudios han examinado si la naturaleza oclusiva de los apósitos hidrocoloides incrementa el riesgo de infección. Sin embargo, no se ha encontrado evidencia que sugiera que este sea el caso^{15,16}.

Protección de la piel recientemente formada o úlceras por presión Categoría/Etapa I

Un apósito hidrocoloide con un apoyo blando resbaloso reduce el coeficiente de fricción del paciente–interfase de la superficie de apoyo¹⁷. La reducción en la fricción significa que el paciente es capaz de moverse más fácilmente sobre la superficie de apoyo y es probable que el área cubierta por el apósito esté expuesta a niveles más bajos de presión, rozamiento y fricción^{7,18}, reduciendo el riesgo de que una úlcera por presión Categoría/Estadio I progrese a daño más profundo.

Los apósitos hidrocoloides semitransparentes pueden ser usados sobre piel enrojecida (úlceras por presión Categoría/Estadio I) puesto que es posible observar si hay deterioro sin retirar el apósito.

Manejo del dolor

El gel que se forma durante el uso de un apósito hidrocoloide hace que la remoción sea fácil y atraumática. Se cree que el medio ambiente húmedo, con oxígeno agotado, producido por

Recuadro 2 Consejos para la evaluación de la úlcera por presión

- La evaluación sistemática y monitoreo del progreso se facilita a través del uso de un instrumento validado de evaluación de heridas⁶
- El uso de fotografías (con consentimiento apropiado) es útil para proveer una colección basal, y seriada, sobre la cual se puede determinar la mejoría o deterioro¹⁹
- Se debe emplear un método estandarizado para clasificar/categorizar las úlceras por presión
- El tamaño de la herida debe ser monitoreado cada una a dos semanas; se deben monitorear otras características de la herida en cada cambio del apósito⁶
- Durante cada evaluación, se debe tener cuidado en identificar y manejar las inquietudes específicas del paciente en lo referente a tratamientos y estatus de la herida⁶
- A las que han sido identificadas como heridas que cicatrizan, pero que no están progresando dentro de las primeras dos semanas de tratamiento, se les debe re-evaluar el plan de cuidado y evaluar los cambios en las características específicas del paciente⁶

el apósito, protege las terminaciones nerviosas y de este modo ayuda a reducir el dolor en el lecho de la herida^{20,21}.

¿Cuál es la evidencia?

Los apósitos hidrocoloides han estado disponibles durante muchos años y han sido extensamente investigados en una amplia gama de tipos de heridas agudas y crónicas. Muchos estudios han confirmado que los hidrocoloides son más efectivos que los apósitos tradicionales (como la gasa)¹⁰ (Tabla 1).

Principios del manejo de la úlcera por presión

La evaluación precisa y permanente del individuo y la herida son esenciales para el manejo efectivo de la úlcera por presión²². Teniendo en cuenta el impacto negativo que las úlceras por presión tienen sobre la calidad de vida relacionada con la salud²³, es esencial adoptar un abordaje sistemático para la evaluación (Recuadro 2). La inclusión del paciente y su familia es fundamental para garantizar que los problemas e inquietudes individuales sean manejados⁶.

La evaluación debe incluir todas las actividades del diario vivir⁶. Además, la selección del apósito/intervención tópica correcta para la herida depende de tener un conocimiento claro de la meta del tratamiento²⁴. El desarrollo de la meta se facilita a través de una evaluación detallada de la herida, incluyendo la Categoría/Estadio, localización, tamaño y forma, condición del lecho de la herida, nivel y consistencia del exudado, dolor, fetidez, condición de la piel circundante a la herida, y la presencia o ausencia de infección⁶.

¿Cuándo usar hidrocoloides para el manejo de úlcera por presión?

El manejo de individuos con úlceras por presión incluye una gran cantidad de intervenciones tales como optimización de

Recuadro 1 Resúmenes de estudios

Referencia del estudio	Terapia	Diseño	Criterios de selección	Resultados clínicos
Hollisaz M, et al. <i>BMC Dermatology</i> 2004; 4: 18 ²⁵	Apósito hidrocoloide (n=31) vs. crema de fenitoína con gasa (n=30) vs. apósito simple (gasa húmeda) (n=30)	Estudio clínico aleatorio	Úlceras por presión Categoría/Estadio I y II en hombres parapléjicos (n=83 con 91 úlceras)	Más úlceras, independientemente de la localización y Categoría/Estadio, cicatrizaron completamente en el grupo hidrocoloide que en los otros grupos
Chang KW, et al. <i>Med J Malaysia</i> 1998; 53(4): 428-31 ²⁶	Hidrocoloide (DuoDERM CGF (ConvaTec)) vs. gasa con solución salina	Estudio aleatorio controlado	Úlceras por presión Categoría/Estadio II y III (n=34)	La adherencia al lecho de la herida, manejo del exudado, comodidad global y dolor durante la remoción del apósito favorecieron significativamente al hidrocoloide La reducción media en la medición del área de superficie fue de 34% para el hidrocoloide. Los pacientes tratados con gasa experimentaron un aumento promedio de 9% en el área de superficie
Graumlich J, et al. <i>J Am Ger Soc</i> 2003; 51: 147-54 ²⁷	Hidrocoloide vs. colágeno	Estudio controlado, aleatorio, de grupo paralelo, sencillor-ciego	Úlceras por presión Categoría/Estadio II (80%) o III (20%); edad promedio 83.1 años	Los índices de cicatrización y tiempo global de cicatrización fueron similares en ambos grupos Los costos se estimaron en \$222 para hidrocoloide y \$627 para colágeno por paciente durante 8 semanas
Meaume S, et al. <i>J Wound Care</i> 2002; 11(6): 219-24 ²⁸	Los apósitos se usaron en úlceras venosas de las piernas y úlceras por presión	Modelos de desarrollo de costo-efectividad basados en una revisión de la literatura	Los modelos se usaron para calcular el costo por úlcera cicatrizada durante un período de 12 semanas	Para las úlceras por presión, un hidrocoloide (DuoDERM (ConvaTec)) fue más costo-efectivo en Francia
Kerstein M, et al. <i>Dis Manage & Health Outcomes</i> 2001; 9(11): 651-3 ²⁹	Protocolos para úlcera por presión y úlcera venosa de la pierna	Estudio de modelación usando resultados de una revisión de la literatura	El costo de 12 semanas de cuidado de la herida fue modelado para modalidades con una base de evidencia combinada de por lo menos 100 heridas.	Los costos por paciente cicatrizado fueron más bajos para las úlceras por presión tratadas con hidrocoloides y más altos para los tratados con gasa con solución salina, debido a diferencias en el tiempo de personas requerido.
Heyneman A, et al. <i>J Clin Nurs</i> 2008; 17(9): 1164-73 ³⁰	Apósitos hidrocoloides	Revisión sistemática de hidrocoloides en úlceras por presión	Estudios aleatorios controlados de hidrocoloides en el tratamiento de úlceras por presión (28 estudios en total)	Los hidrocoloides tuvieron mayor capacidad de absorción, tiempo más corto para cambio del apósito y menor dolor durante los cambios del apósito que los apósitos de gasa Los hidrocoloides parecieron ser menos costosos que la gasa empapada en colágeno, solución salina y povidona, pero más costosos que el hidrogel, espuma de poliuretano y colagenasa Los hidrocoloides son más efectivos que los apósitos de gasa para reducir las dimensiones de la herida, pero menos efectivos que los alginatos, apósitos de poliuretano, enzimas tóxicas y apósitos biosintéticos

la nutrición, cambios de posición y uso de camas, colchones y almohadas especializadas, además de cuidado de la piel y de la continencia^{7,31}. Se debe dar prioridad a aliviar la causa de la presión y tratar los factores generales, como la nutrición, que pueden retardar el proceso de cicatrización. El cuidado local de la herida se debe concentrar en el logro del medio ambiente óptimo para facilitar la cicatrización y alcanzar cualquier otro resultado enfocado sobre el paciente, como el alivio del dolor y reducción de la producción de exudado.

Se cree que los apósitos hidrocoloides tienen varias propiedades claves que son útiles en el manejo de las úlceras por presión, por ej:

- **Protección de la piel circundante a la herida**
- **Remoción de tejido necrótico y esfacelo**
- **Mantenimiento de un lecho húmedo de la herida sin sobre-hidratar la herida²².**

Existe mucho debate dentro de la literatura en cuanto al papel de tipos de apósitos específicos en el manejo de estos problemas en las úlceras por presión^{30,32,33}. Actualmente, los apósitos hidrocoloides son ampliamente usados en individuos con úlceras por presión Categoría/Estadio II. También se usan como apósitos primarios en el manejo de úlceras por presión Categoría/Estadio

III y IV que están cicatrización adecuadamente y se han vuelto superficiales. Los hidrocoloides crean una interfase húmeda herida-apósito, facilitan la autólisis y promueven la producción de tejido de granulación, creando así un medio ambiente local óptimo de la herida que se cree que conduce a cicatrización de la herida³⁰.

Los apósitos hidrocoloides delgados (por ej., DuoDERM® Signal™ y DuoDERM® Extra Thin) se usan cada vez más en el manejo de úlceras por presión Categoría/Estadio I. La superficie externa resbalosa contribuye a reducir la fricción o rozamiento de la piel subyacente para protegerla contra daño posterior⁷.

El control de la humedad provisto por el apósito hidrocoloide también puede tener un papel en el mantenimiento de la integridad del tejido y en la prevención del deterioro de la úlcera por presión Categoría/Estadio I evitando la maceración. Se ha identificado absorción apropiada como una característica ideal de un apósito usado para prevención de úlcera por presión³⁴. Además, los hidrocoloides delgados son mucho más fáciles de manejar que los apósitos de película porque tienen menor probabilidad de doblarse sobre sí mismos.

Independientemente de la etapa de cicatrización, los hidrocoloideos también son útiles como un apósito secundario debido a su apoyo impermeable y habilidad para reducir el rozamiento y fricción. Siempre se debe considerar la interacción entre el hidrocoloide y el relleno primario de la cavidad. Por ejemplo, un hidrocoloide, Hydrofiber® o relleno de cavidad de alginato puede ser útilmente cubierto con un apósito hidrocoloide, pero los geles amorfos tienden a producir un medio ambiente demasiado húmedo para ser manejado por un apósito hidrocoloide.

Protección de la piel circundante a la herida

Los apósitos hidrocoloideos generalmente se superponen al borde de la herida y se extienden sobre piel sana y protegen la piel circundante a la herida a través de lo siguiente:

- **Aporta una cubierta protectora para la piel circundante a la herida**
- **Absorbe el exudado de la herida, manteniendo así lejos de la piel sana la humedad excesiva y enzimas proteolíticas potencialmente perjudiciales³⁵.**

Desbridamiento autolítico

En presencia de tejido desvitalizado, los apósitos hidrocoloideos facilitan el desbridamiento autolítico creando una interfase húmeda entre la herida y el apósito¹⁰. Sin embargo, la decisión de usar un apósito hidrocoloide dependerá del nivel de exudado en la herida. Si la herida tiene exudado de escaso a moderado, un hidrocoloide puede ser una elección de tratamiento apropiada, pero si la herida tiene un alto nivel de exudado, se puede requerir un apósito primario más absorbente⁹.

Cicatrización húmeda de la herida

El gel formado cuando el exudado es absorbido por un hidrocoloide mantiene una interfase herida húmeda-apósito, previniendo al mismo tiempo la acumulación de fluido en la superficie de la herida. Los hidrocoloideos son, por lo tanto, valiosos en el manejo de úlceras por presión limpias superficiales en granulación. De hecho, una revisión sistemática observó que los hidrocoloideos fueron más efectivos que los apósitos de gasa para mejorar la cicatrización de la herida, y se asociaron

con niveles más bajos de dolor y menor tiempo para cambios del apósito³⁰.

Aspectos prácticos Selección de un apósito hidrocoloide

Los apósitos hidrocoloideos más gruesos son más apropiados para niveles moderados de exudado. Por el contrario, si los niveles de exudado son bajos o el apósito está siendo aplicado a una piel en riesgo de daño posterior, un apósito delgado puede ser más apropiado. De manera similar, a medida que la úlcera por presión cicatriza y caen los niveles de exudado, puede ser necesario usar un apósito más delgado.

Los apósitos hidrocoloideos no están diseñados para ser usados con un apósito secundario. Si los niveles de exudado son altos, puede ser necesario un apósito alternativo.

Cuando la piel está en riesgo de daño, por ej., en úlceras por presión Categoría/Etapa I, la elección de un apósito hidrocoloide delgado (por ej., DuoDERM® Signal™ o DuoDERM® Extra Thin) reducirá

Hidrocoloideos y úlceras por presión estudio de un caso

El señor era un hombre de 70 años de una edad con carcinoma gástrico y metástasis, quien fue hospitalizado para tratamiento de disnea y dolor por cáncer terminal. Aunque se aplicó un apósito de película al área sacra y un colchón de aire avanzado, se desarrolló una úlcera sacra por presión un mes después de la hospitalización. El área total era de 45cm² (Categoría/Estadío I: 30cm²; Categoría/Estadío II: 15cm²) (Figura 1).

Debido a que el señor era muy delgado, se aplicó un relleno con esponja de poliuretano alrededor del área sacra para proteger las prominencias óseas. La herida fue cubierta dos veces a la semana con un apósito hidrocoloide delgado.

El área Categoría/Estadío I de la úlcera por presión había cicatrizado y las áreas Categoría/Estadío II mostraban signos de mejoría el séptimo día después de iniciar el tratamiento (Figura 2). Las áreas Categoría/Estadío II estuvieron completamente cicatrizadas cuando el apósito fue cambiado el día catorce después de haber iniciado el tratamiento (Figura 3). Tristemente, el señor falleció por el carcinoma gástrico 17 días después.

Fig. 1: Úlcera sacra por presión – Categoría/Estadío I y II.



Fig. 2: Después de siete días de tratamiento con un apósito hidrocoloide delgado, el área Categoría/Estadío I cicatrizó.



Fig. 3: Después de 14 días de tratamiento, el área de la úlcera por presión Categoría/Estadío II cicatrizó completamente.



Fotografías cortesía de K Matsuzaki

las probabilidades de que se arrugue y se pliegue causando problemas posteriores⁷.

Aplicación de los apósitos hidrocoloides

El apósito hidrocoloide seleccionado debe ser de un tamaño y forma apropiados para la herida, y superponerse sobre la piel normal aproximadamente 3cm (1.25 pulgadas) alrededor de la herida.

Los apósitos hidrocoloides deben ser calentados entre las manos antes de la aplicación. El calentamiento aumenta la adhesividad y flexibilidad del apósito, permitiendo que se adapte mejor a los contornos de la herida. Generalmente, se recomienda que el paciente no coloque peso sobre el apósito durante 20-30 minutos después de la aplicación para dar tiempo a que el apósito se adhiera apropiadamente³⁶.

Si la filtración es o puede ser un problema de un lado del apósito, por ej., debido a la gravedad, considere la posibilidad de aplicar el apósito de tal modo que exista mayor superposición sobre la piel de ese lado³⁶. Los apósitos con bordes ahusados tienen menor probabilidad de arrugarse, plegarse o enrollarse. Los apósitos hidrocoloides son impermeables: los pacientes pueden continuar tomando duchas o baños con el apósito *in situ*.

Frecuencia de cambio del apósito

En general, los apósitos hidrocoloides son cambiados cada tres a cinco días, aunque algunos pueden ser capaces de permanecer en su lugar hasta durante siete días. Sin embargo, se pueden

requerir cambios más frecuentes si la producción de exudado es alta, por ej., al inicio del tratamiento, o si se sospecha infección.

Remoción de los apósitos hidrocoloides

A menos que se requiera remoción precoz por razones clínicas, los apósitos hidrocoloides deben permanecer en su lugar hasta que la burbuja de gel que se forma se acerque al borde del apósito³⁶. El gel permitirá la remoción fácil y atraumática del apósito. Si se requiere remoción antes de que se haya formado la burbuja de gel, se recomienda retirarlo cuidadosamente levantando el borde y desprendiendo el hidrocoloide humedeciendo al mismo tiempo la piel³⁶. Algunos apósitos incorporan un sistema para indicar cuándo se requiere cambiar el apósito (por ej., DuoDERM® Signal™).

¿Por cuánto tiempo se debe usar un hidrocoloide?

El uso de un hidrocoloide en el plan de tratamiento puede ser continuado siempre y cuando el apósito cumpla los objetivos clínicos. En cada cambio de apósito, se debe evaluar la herida y otros parámetros clínicos para determinar qué ajustes se requieren al plan de cuidado actual⁶. El uso de un abordaje sistemático para la evaluación es particularmente útil, idealmente utilizando una herramienta de evaluación confiable y válida⁶.

En todo momento, es esencial la documentación cuidadosa del paciente y la herida para mejorar la comunicación, proveer un fundamento para la toma de decisiones y demostrar la prestación de

cuidado de alta calidad³⁷. Los apósitos hidrocoloides pueden ser usados en úlceras por presión hasta el punto de cierre de la herida.

Costo-efectividad

Se ha demostrado que los hidrocoloides son más costo-efectivos que la gasa en el tratamiento de úlceras por presión^{28,29} (Tabla 1). Ésto pareció ser principalmente debido al menor tiempo de contacto clínico requerido durante el tratamiento con un apósito hidrocoloide.

Detalles del Autor

Fletcher J¹, Moore Z², Anderson I³, Matsuzaki K⁴.

1. Conferencista Senior, Sección de Cicatrización de Heridas, Departamento de Dermatología y Cicatrización de Heridas, School of Medicine, Cardiff University, Cardiff, UK, and Fellow, National Institute for Health and Clinical Excellence, Reino Unido.
2. Anterior Presidente de EWMA y Conferencista sobre Cicatrización de Heridas & Reparación de Tejidos y Metodologías de Investigación, Royal College of Surgeons, Irlanda.
3. Tutor del Programa, Viabilidad de Tejidos, y Lector en Aprendizaje y Enseñanza en la Práctica del Cuidado de la Salud, University of Hertfordshire, Hatfield, Reino Unido.
4. Profesor Asociado, Departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva, St Marianna University School of Medicine, Departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva, Kawasaki Municipal TamaHospital, Miyamae, Kawasaki, Japón.

Apoiado por una beca educativa de ConvaTec. Los puntos de vista expresados en esta sección 'Made Easy' (simplificado) no reejan necesariamente los de ConvaTec. Reimpreso con autorización de Wounds International.

(®/™ indica marca registrada de ConvaTec Inc. a menos que se especifique otra cosa)

Resumen

Las úlceras por presión constituyen un problema difundido y son altamente costosas en términos de utilización de recursos y efecto perjudicial sobre la calidad de vida. Los apósitos hidrocoloides promueven la cicatrización húmeda de la herida, manejan el exudado, contribuyen al desbridamiento autolítico y ayudan al manejo del dolor. También pueden ser usados como apósito primario para las úlceras por presión Categoría/Estadio I o II, úlceras por presión superficiales Categoría/Estadio III o IV, y para la piel recientemente formada. La superficie externa brillante y los bordes ahusados de algunos apósitos hidrocoloides más nuevos ayudan a proteger los tejidos de daño posterior relacionado con presión al reducir los efectos de la presión, rozamiento y fricción, y disminuyendo la probabilidad de plegado, arrugado o enrollamiento de los bordes.

Para citar esta publicación

Fletcher J, Moore Z, Anderson I, Matsuzaki K. Hidrocoloides y úlceras por presión Made Easy. *Wounds International* 2011; 2(4): Disponible en: <http://www.woundsinternational.com>

Referencias

1. Vanderwee K, Clark M, Dealey C, et al. Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study. *J Eval Clin Pract* 2007; 13: 227-35.
2. Bennett G, Dealey C, Posnett J. The cost of pressure ulcers in the UK. *Age Ageing* 2004; 33(3): 230-35.
3. Hospitals 'name and shamed' on bedsores record which costs NHS £4bn a year. *The Telegraph*, 4 Jul 2011. Available at: <http://www.telegraph.co.uk/health/healthnews/8613764/Hospitals-named-and-shamed-on-bedsores-record-which-costs-NHS-4bn-a-year.html> (accessed 10 October 2011).
4. Bales I, Padwojski A. Reaching for the moon: achieving zero pressure ulcer prevalence. *J Wound Care* 2009; 18(4): 137-44.
5. Lohi J, Sipponen A, Jokinen JJ. Local dressings for pressure ulcers: what is the best tool to apply in primary and second care? *J Wound Care* 2010; 19(3): 123-27.
6. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. *Treatment of pressure ulcers: Quick Reference Guide*. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009. Available at: http://www.epuap.org/guidelines/Final_Quick_Treatment.pdf (accessed 23 September 2011).
7. Wicks G. A guide to the treatment of pressure ulcers from grade 1–grade 4. *Wound Essentials* 2007; 2: 106-13.
8. Heenan A. Frequently asked questions: hydrocolloid dressings. *World Wide Wounds*, 1998. Available at: <http://www.worldwidewounds.com/1998/april/Hydrocolloid-FAQ/hydrocolloid-questions.html> (accessed 27 September 2011).
9. Thomas S, Loveless P. A comparative study of the properties of twelve hydrocolloid dressings. *World Wide Wounds* 1997. Available at: <http://www.worldwidewounds.com/1997/july/Thomas-Hydronet/hydronet.html> (accessed 27 September 2011).
10. Queen D. Technology update: Understanding hydrocolloids. *Wounds International* 2009; 1(1). Available at: <http://www.woundsinternational.com/article.php?issueid=1&contentid=129&articleid=229> (accessed 23 September 2011).
11. Finnie A. Hydrocolloids in wound management: pros and cons. *Br J Community Nurs* 2002; 7(7): 338-42.
12. Wilson P, Burroughs D, Dunn J. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* and hydrocolloid dressings. *Pharm J* 1988; 243: 787-88.
13. Lawrence JC. Reducing the spread of bacteria. *J Wound Care* 1993; 2: 48-52.
14. Bowler PG, Delargy H, Prince D, Fondberg L. The viral barrier properties of some occlusive dressings and their role in infection control. *Wounds* 1993; 5(1): 1-8.
15. Knowles EA, Westwood B, Young MJ, Boulton AJM. A retrospective study of the use of Granuflex and other dressings in the treatment of diabetic foot ulcers. *Proceedings of the 3rd European Conference on Advances in Wound Management*; 19-22 October 1993. London: Macmillan, 1993; 117-20.
16. Boulton AJ, Meneses P, Ennis WJ. Diabetic foot ulcers: a framework for prevention and care. *Wound Repair Regen* 1999; 7(1): 7-16.
17. Nakagami G, Sanada H, Konya C, et al. Comparison of two pressure ulcer preventive dressings for reducing shear force on the heel. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2006; 33(3): 267-72.
18. Ohura T, Takahashi M, Ohura N Jr. Influence of external forces (pressure and shear force) on superficial layer and subcutis of porcine skin and effects of dressing materials: are dressing materials beneficial for reducing pressure and shear force in tissues? *Wound Repair Regen* 2008; 16(1): 102-7.
19. Localio RA, Margolis D, Kagan SH, et al. Use of photographs for the identification of pressure ulcers in elderly hospitalized patients: validity and reliability. *Wound Repair Regen* 2006; 14: 506-13.
20. Wyatt D, McGowan DN, Najarian MP. Comparison of a hydrocolloid dressing and silver sulfadiazine cream in the outpatient management of second-degree burns. *J Trauma* 1990; 30(7): 857-65.
21. Nemeth AJ, Eaglstein WH, Taylor JR, et al. Faster healing and less pain in skin biopsy sites treated with an occlusive dressing. *Arch Dermatol* 1991; 127(11): 1679-83.
22. Fletcher J. Wound assessment and the TIME framework. *BJN* 2007; 16(8): 462-66.
23. Gorecki C, Brown JM, Nelson EA, et al. Impact of pressure ulcers on quality of life in older patients: a systematic review. *J Am Geriatr Soc* 2009; 57: 1175-83.
24. Gray D, White R, Cooper P, Kingsley A. Applied wound management and using the wound healing continuum in practice. *Wound Essentials* 2010; 5: 131-39.
25. Hollisaz MT, Khedmat H, Yari F. A randomized clinical trial comparing hydrocolloid, phenytoin and simple dressings for the treatment of pressure ulcers. *BMC Dermatology* 2004; 4(18):unpaginated.
26. Chang KW, Alsagoff S, Ong K, Sim PH. Pressure ulcers – randomised controlled trial comparing hydrocolloid and saline gauze dressings. *Med J Malaysia* 1998; 53: 428-31.
27. Graumlich JF, Blough LS, McLaughlin RG, et al. Healing pressure ulcers with collagen or hydrocolloid: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51(2): 147-54.
28. Meaume S, Gemmen E. Cost-effectiveness and wound management in France: pressure ulcers and venous leg ulcers. *J Wound Care* 2002; 11(6): 219-24.
29. Kerstein M, Gemmen E, van Rijswijk L, et al. Cost and cost effectiveness of venous and pressure ulcer protocols of care. *Dis Manage Health Outcomes* 2001; 9(11): 651-63.
30. Heyneman A, Beele H, Vanderwee K, Defloor T. A systematic review of the use of hydrocolloids in the treatment of pressure ulcers. *J Clin Nurs* 2008; 17: 1164-73.
31. Moore Z, Cowman S. The role of nutrition in the prevention and management of pressure ulcers. *Geriatrics and Aging* 2008; 11: 295-98.
32. Bouza C, Saz Z, Muñoz A, Amate J. Efficacy of advanced dressings in the treatment of pressure ulcers: a systematic review. *J Wound Care* 2005; 14(5): 193-99.
33. Gray M, Weir D. Prevention and treatment of moisture-associated skin damage (maceration) in the periwound skin. *J Wound Ost Continence Nurs* 2007; 34(2): 153-57.
34. Butcher M, Thompson G. Pressure ulcer prevention: can dressings protect from pressure ulcer damage? An advertorial. *Wounds International* 2009; 1(1). Available at: <http://www.woundsinternational.com/article.php?contentid=122&articleid=8793&page=3> (accessed 21 September 2011).
35. Thomas S. The role of dressings in the treatment of moisture-related skin damage. *World Wide Wounds* 2008. Available at: <http://www.worldwidewounds.org/2008/march/Thomas/Maceration-and-the-role-of-dressings.html> (accessed 27 September 2011).
36. Fletcher J. The benefits of using hydrocolloids. *Nursing Times* 2003; 99(21): 57.
37. Dimond B. Pressure ulcers and litigation. *Nursing Times* 2003; 99 (5): 61-63.