

ABORDAJE DE DESGARROS CUTÁNEOS EN UN CONTEXTO DE DERMATOPOROSIS: A PROPÓSITO DE UN CASO

MANAGEMENT OF SKIN TEARS IN THE CONTEXT OF DERMATOPOROSIS: A CASE STUDY

Autores/as:  Luis Martí-Santaolaria ^{(1) (*)};  Laura Donat-Beneyto ⁽²⁾;

(1) Enfermero Interno Residente de Enfermería Familiar y Comunitaria, Centro Sanitario Integrado Alzira II, Valencia (España).
(2) Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Centro Sanitario Integrado Alzira II, Valencia (España).

Contacto (*): luismarsan10@gmail.com

Fecha de recepción: 06/09/2024
Fecha de aceptación: 20/11/2024

Martí-Santaolaria L, Donat-Beneyto L. Abordaje de desgarros cutáneos en un contexto de dermatoporosis: a propósito de un caso. Enferm Dermatol. 2024;18(53): e01-e04. DOI: 10.5281/zenodo.14557378

RESUMEN:

Se presenta el caso clínico de un hombre de 84 años con dos desgarros cutáneos localizados en el tercio superior del brazo izquierdo y el tercio medio del brazo derecho. Estas lesiones se desarrollaron en un contexto de dermatoporosis y fragilidad cutánea, lo que incrementa significativamente el riesgo de su aparición. En este artículo se describe el proceso de tratamiento implementado, que permitió la epitelización completa de ambas lesiones en un periodo de 12 días.

Palabras clave: Dermatoporosis; Cuidados de la piel; Cicatrización de Heridas; Desgarro cutáneo; Cuidados de enfermería.

ABSTRACT:

This article presents the clinical case of an 84-year-old man with two skin tears located in the upper third of the left arm and the middle third of the right arm. These lesions developed in the context of dermatoporosis and skin fragility, which significantly increases the risk of their occurrence. The treatment process implemented is described in this article, achieving complete epithelialization of both lesions within a period of 12 days.

Keywords: Dermatoporosis; Skin care; Wound healing; Skin tear; Nursing care.

INTRODUCCIÓN:

La dermatoporosis o insuficiencia cutánea crónica constituye una forma particular de atrofia o fragilidad cutánea que se relaciona especialmente con los desgarros de la piel y también con afecciones como los hematomas disecantes profundos y las úlceras por presión en el adulto mayor. Hoy en día, debido a su creciente prevalencia en personas con edad avanzada, se considera un síndrome clínico único⁽¹⁾.

El envejecimiento fisiológico, el tratamiento prolongado con corticoides tanto tópicos como sistémicos y la exposición

continuada a la radiación solar parecen relacionarse como las principales causas de la misma⁽¹⁻³⁾. Así mismo, existen estudios que señalan que algunos productos para el aseo de la piel contienen productos químicos que causan irritación cutánea subclínica, produciendo toxicidad en los queratinocitos y, por tanto, causar atrofia cutánea y dermatoporosis^(3,4).

Algunos signos compatibles con la dermatoporosis pueden comenzar a mostrarse a partir de los 40 años de edad, no obstante, los indicadores clásicos de fragilidad cutánea aparecen después de los 60 años^(1,3). Esta afección comienza con atrofia cutánea y a medida que progresa pueden aparecer de forma concomitante signos como la púrpura senil, excoriaciones superficiales y pseudocicatrices, derivadas de laceraciones dérmicas⁽⁴⁻⁶⁾.

En función de la severidad de las manifestaciones clínicas mencionadas, la dermatoporosis puede clasificarse en cuatro estadios, permitiendo tipificar de forma clara cada caso:⁽⁴⁾

- I: Presencia de atrofia cutánea, púrpura senil y pseudocicatrices
- II: Se añaden laceraciones < 3 cm.
- III: Se añaden laceraciones > 3 cm.
- IV: Se presencian hematomas disecantes.

El objetivo principal del presente artículo fue mostrar el proceso que se ha llevado a cabo, para conseguir una epitelización completa de dos desgarros cutáneos, en un contexto de dermatoporosis, así como las medidas preventivas para evitar nuevos desgarros y mantener un estado cutáneo protegido.

DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO:

Antecedentes:

Hombre de 84 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo II y colitis ulcerosa, que precisa ayuda para la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) varias veces al día, por presentar deterioro cognitivo y dificultades en la deambulación. No HTA, no fumador, sin hábitos tóxicos.

Exploración:

Se acude al domicilio para valoración y seguimiento de dos desgarros cutáneos, en ambos miembros superiores, tras traumatismos accidentales con mobiliario del hogar.

El primero de ellos (Lesión 1), contaba con una semana y media de evolución al realizar la primera valoración. Se trataba de un desgarro cutáneo localizado en el tercio superior del brazo izquierdo (Imagen 1), con pérdida parcial del colgajo, el cual no podía reposicionarse por completo, por lo que se identificó como categoría 2, según la clasificación ISTAP de los desgarros cutáneos^(7,8).

Al valorarlo, contaba con unas dimensiones de aproximadamente 3,5 x 2,5 cm de extensión, los bordes estaban ligeramente eritematosos, el lecho de la herida presentaba abundante biofilm, el exudado era moderado, la piel perilesional era frágil, por el contexto de dermatoporosis y el riesgo de infección se consideró moderado.



Imagen 1: Desgarro cutáneo localizado en el tercio superior del brazo izquierdo (Fuente: imagen propia).

El otro desgarro cutáneo a tratar (Lesión 2), estaba localizado en el tercio medio del brazo derecho (Imagen 2). Se clasificó como un desgarro de categoría 3 según ISTAP ^(7,8), pues se había producido una pérdida total del colgajo, dejando el lecho totalmente expuesto. Contaba con dos días de evolución, tenía unas dimensiones de aproximadamente 2,5 x 2,5 cm de extensión, los bordes estaban íntegros, el lecho de la herida era limpio, con tejido de granulación presente, el exudado era moderado, la piel perilesional frágil y no contaba con signos de infección.



Imagen 2: Desgarro cutáneo localizado en el tercio medio del brazo derecho (Fuente: imagen propia).

Plan de cuidados:

A continuación, se muestra una **Tabla I** la relación de diagnósticos NANDA, intervenciones NIC y resultados NOC empleados para la realización del plan de cuidados.

DIAGNÓSTICOS (NANDA)	INTERVENCIONES (NIC)	RESULTADOS (NOC)
Deterioro de la integridad tisular (00044) Deterioro de la integridad tisular r/c factores mecánicos m/p alteración de la integridad de la piel.	3590: Vigilancia de la piel 3660: Cuidados de las Heridas 7040: Apoyo al cuidador principal	1101: Integridad tisular: piel y membranas mucosas 1103: Curación de la herida por segunda intención
Deterioro de la integridad cutánea (00046) Deterioro de la integridad cutánea r/c cambios de la elasticidad de la piel m/p alteración de la integridad de la piel.	3590: Vigilancia de la piel	1101: Integridad tisular: piel y membranas mucosas 1902: Control del riesgo 1908: Detección del riesgo 110104: Hidratación
Riesgo de infección (00004) Riesgo de infección r/c interrupción de la continuidad de la piel	6550: Protección contra las infecciones	1842: Conocimiento: Control de la infección 1908: Detección del riesgo

Tabla I: Relación de diagnósticos NANDA, intervenciones NIC y resultados NOC del caso clínico (Fuente: elaboración propia).

Tratamiento:

En ambos casos se llevó a cabo la misma sistemática de curas, a excepción del primer día de valoración, pues ambas heridas se encontraban en diferente punto de partida y por ello fue necesario adecuar a cada caso la estrategia más adecuada.

Con el fin de conseguir una mayor comprensión del tratamiento, se dividió el proceso en tres etapas, correspondientes a cada uno de los momentos en los que se acudió de forma programada al domicilio para realizar las curas de los desgarros cutáneos.

Etapa 1: Primer día de valoración (Día 1)

En relación a la lesión 1 (Imagen 1), se priorizó la preparación del lecho de la herida, por garantizar un buen control del biofilm, con el fin de conseguir un lecho limpio con tejido de granulación, para posteriormente continuar hasta la epitelización.

Para ello, el primer día de valoración, se decidió realizar una adecuada higiene de la herida mediante el empleo de solución jabonosa y aclarado con solución salina fisiológica. Posteriormente, se realizó un desbridamiento cortante mediante el curetaje de aquellas partes donde el biofilm era más abundante y se encontraba más adherido al lecho de la herida. Una vez se consiguió un lecho limpio con tejido de granulación visible, se aplicó crema barrera compuesta por óxido de zinc en los bordes de la herida, para proteger la piel perilesional del exceso de exudado.

Sobre el lecho de la herida se aplicó una solución de polihexanida biguanida (PHMB) en presentación gel con el fin de controlar la formación de biofilm bacteriano y garantizar un ambiente húmedo. Como apósito principal se empleó un alginato cálcico asociado a plata (Ag) para conseguir un buen control del exudado y un efecto antibacteriano. Como apósito secundario se empleó un apósito hidrocélular y adhesivo siliconado, con capacidad de retener correctamente el exudado y no producir traumatismos cutáneos en su retirada.

En la lesión 2 (Imagen 2), se realizó una limpieza con solución jabonosa y aclarado con solución salina fisiológica. Se aplicó crema barrera compuesta por óxido de zinc en bordes y sobre el lecho de la herida, la solución de polihexanida biguanida (PHMB) en presentación gel. Como apósito primario se empleó un alginato cálcico para gestionar adecuadamente el exudado y sobre este, un apósito hidrocélular con adhesivo siliconado.

Tras realizar el proceso mencionado, se aplicó en ambos miembros superiores un producto en formato emulsión compuesto por ácidos grasos hiperoxonizados (AGHOZ), con el fin de conseguir una reparación cutánea profunda gracias a la concentración de ozónidos del producto. Se remarcó la importancia de su aplicación diaria tanto en miembros superiores como inferiores, para garantizar un estado cutáneo óptimo y prevenir futuras lesiones.

Etapa 2: Segundo día de curas (Día 5)

Tras realizar la primera valoración y abordaje de ambos desgarros cutáneos, se estableció una cadencia de curas de una vez a la semana ya que el nivel de exudado estaba controlado y los apósitos no quedaban saturados.

Al retirar el apósito de la lesión 1 (Imagen 3), se objetivó una mejoría significativa en el lecho de la herida, ya que se redujo el biofilm presente al inicio, quedando principalmente tejido de granulación visible.



Imagen 3: Evolución de la lesión 1. Fondo con tejido de granulación y buen control del biofilm (Fuente: imagen propia).

Al igual que en la primera valoración, se continuó con la misma pauta de curas para ambos desgarros cutáneos, solo que, en este caso, para el primer desgarro cutáneo se decidió cambiar el apósito de alginato cálcico con plata (Ag) a uno de

alginato sin plata, ya que se consiguió controlar adecuadamente la carga bacteriana.

A continuación, se muestra la **Imagen 4** correspondiente a la evolución del desgarro cutáneo tras la instauración del proceso de curas. Las imágenes 3 y 4 son fotografías tomadas 5 días después del primer abordaje.



Imagen 4: Evolución de la lesión 2. Lesión próxima al proceso de epitelización. (Fuente: imagen propia).

El abordaje para ambos desgarros cutáneos fue el siguiente: Limpieza con solución jabonosa y suero salino fisiológico, crema barrera con óxido de zinc en bordes, aplicación de polihexanida biguanida (PHMB) formato gel sobre el lecho de la lesión y sobre este, un apósito de alginato cálcico simple y oclusión final con un apósito hidrocélular siliconado.

Etapa 3: Tercer día de curas y alta (Día 12)

El tercer día que se acudió al domicilio para realizar el seguimiento y curas de los desgarros cutáneos, se evidenció una mejoría significativa de las lesiones. Al retirar el apósito se encontraban ya epitelizadas (Imágenes 5 y 6).

Se realizó limpieza con solución jabonosa y solución salina fisiológica y tras esto, se aplicó la emulsión compuesta por ácidos grasos hiperoxonizados (AGHOZ), para favorecer la reparación cutánea completa.

Se dieron medidas de prevención al paciente y a la familia, con el fin de evitar futuras lesiones por la misma índole, haciendo especial mención en la aplicación diaria de los ácidos grasos hiperoxonizados, junto con una malla tubular que cubría los brazos compuesta por algodón y aplicación previa de protección solar factor 50+, antes del paseo diario.



Imagen 5: Lesión 1 epitelizada. Día 12. (Fuente: imagen propia).



Imagen 5: Lesión 2 epitelizada. Día 12. (Fuente: imagen propia).

CONCLUSIONES:

La resolución de este caso clínico muestra la importancia de la realización de un adecuado abordaje de este tipo de lesiones y sobre todo en un contexto de dermatoporosis y fragilidad cutánea.

El hecho de realizar una buena valoración del nivel de exudado y de las características de las lesiones permite establecer una cadencia de curas adecuada y en muchos casos prolongarlas. De esta forma se realiza un uso adecuado y racional del material empleado, minimizando costes y, por otro lado, se favorece la independencia del paciente y su entorno al reducir el número de visitas programadas.

Destacamos sobre todo la prevención en este tipo de contextos asociados a la dependencia y fragilidad, ya que el mantenimiento y protección de la piel será de crucial relevancia, para prevenir futuras lesiones y de esta forma disponer de un estado cutáneo más óptimo..

CONFLICTOS DE INTERESES:

Los/as autores/as declaran no tener conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Kaya A, Vuagnat HB, Kaya G. Dermatoporosis: Clinical features, molecular mechanisms and novel therapeutic targets-a literature review. *J Wound Manag.* 2022;23(3): 201-8. DOI: 10.35279/jowm2022.23.03.08.
2. Kaya G, Saurat JH. Dermatoporosis: A chronic cutaneous insufficiency/fragility syndrome. *Clinico-pathological features, mechanisms, prevention and potential treatments. dermatology.* 2007;215(4):284-94. DOI: 10.1159/000107621.
3. Palomar Llatas F, Fornes Pujalte B, Arantón Areosa L, Rumbo Prieto JM. Envejecimiento cutáneo y dermatoporosis. *Enferm Dermatol.* 2013;7(18-19):8-13.
4. Castanedo-Cázares JP, Cortés-García JD, Cornejo-Guerrero MF, Torres-Álvarez B, Hernández-Blanco D. Estudio del efecto citotóxico e irritativo de jabones para la limpieza cutánea. *Gac Med Mex.* 2020;156:426-31. DOI: 10.24875/GMM.20005332.
5. Castillo-Cruz UdR, Cortés-García JD, Castanedo-Cazares JP, Hernández-Blanco D, Torres-Álvarez B. Factores asociados a dermatoporosis en una muestra de pacientes geriátricos en México. *Gac Med Mex.* 2023;159(1):50-55. DOI:10.24875/GMM.22000235.
6. 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.
7. Chiquero-Valenzuela S, Rodríguez-Palma M, García-Fernández FP, López-Franco MD. Desgarros cutáneos: su incorporación al marco conceptual de las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia. *Gerokomos.* 2023;34(1):78-84.
8. LeBlanc K, Baranoski S, Christensen D, Langemo D, Sammon MA, Edwards K, et al. International Skin Tear Advisory Panel: a tool kit to aid in the prevention, assessment, and treatment of skin tears using a Simplified Classification System(c). *Adv Skin Wound Care.* 2013;26:459-76.