

Fundamentos de la cura en ambiente húmedo



Enric Roche Rebollo

INTRODUCCIÓN

EN 1962 GEORGE WINTER¹ INTRODUJO EL TÉRMINO «CURA EN AMBIENTE HÚMEDO» CUANDO DEMOSTRÓ QUE LA APLICACIÓN DE UNA LÁMINA IMPERMEABLE SOBRE UNA HERIDA LOGRABA LA CICATRIZACIÓN EN LA MITAD DEL TIEMPO QUE CUANDO SE DEJABA EXPUESTA AL AIRE. Posteriormente Hinman y Malbach² corroboraron este hallazgo.

A pesar del elevado nivel de evidencia aportado por gran número de estudios, aún existe mucha ignorancia y resistencia a la aplicación de apósitos que confieren a la cura las propiedades idóneas de cicatrización.

CURA EN AMBIENTE HÚMEDO Y FASES DE CICATRIZACIÓN DE LAS HERIDAS

Entendemos como cura en ambiente húmedo la que se basa en la utilización de apósitos que proporcionan al lecho lesional unas características físicas de humedad, temperatura, protección ante agresiones o contaminación externas ideales para la curación de las heridas.

En estas condiciones son posibles la absorción de exudados, la limpieza de restos o detri-

tos, la autólisis de tejidos desvitalizados, el desbridamiento espontáneo, la estimulación de la angiogénesis, la granulación y la epitelización.³

La efectividad de este tipo de cura se ha demostrado en estudios sobre la población celular predominante en cada una de las fases de la cicatrización.

La primera fase, de necrosis, se inicia con la aparición de la solución de continuidad o lesión del tejido, en la cual se producen muerte celular y necrosis celular. Seguidamente se activa la fase de desbridamiento, que requiere un abundante aporte de células reparadoras o típicas de la fase inflamatoria. Estas células, neutrófilos y macrófagos, requerirán un ambiente hidratado donde, además, exista una elevada capacidad de absorción de residuos. A continuación se inicia la fase de granulación de la herida, para la cual es necesaria la presencia en el foco de la herida de células de estirpe proliferativa, como los fibroblastos y las células endoteliales. La cura en ambiente húmedo impulsa la actividad de las células endoteliales que se encargarán de la neoangiogénesis y de los fibroblastos que sintetizarán colágeno y sustancia fundamental. En esta fase, la protección de la herida a las agresiones externas, la regulación hídrica y la absorción son importantes. La fase siguiente,

conocida como fase rosa o de epitelización, debe garantizar un medio que favorezca la migración de células epiteliales manteniendo un alto nivel de hidratación.

Es fundamental que la manipulación durante las curas intente preservar el tejido de granulación más joven. Los apósitos deben ser suavemente adherentes para evitar tanto la lesión del tejido sano circundante como la abrasión de la superficie recientemente reparada.

La última fase de cicatrización es la conocida como maduración o remodelado de la herida, que consiste en la reparación final de la úlcera. En esta fase es importante la prevención de nuevas lesiones, por lo que la protección de este tejido frente a traumatismos debe ser prioritaria.

CARACTERÍSTICAS IDEALES DE LA CURA EN AMBIENTE HÚMEDO

El apósito ideal debería ofrecer todas las características que se indican a continuación.

1. Elevado poder de absorción de exudados y restos necróticos.
2. Mantenimiento del grado de humedad y aislamiento térmico.
3. Transpirable al oxígeno y al vapor de agua.
4. Protección ante la infección. Efecto de barrera a los microorganismos.
5. Alta tolerancia. Ausencia de partículas contaminantes y alergénicas.
6. Comodidad en su utilización, confortabilidad y tolerancia a la manipulación por el paciente.

Aunque no existe ningún apósito que presente todas estas funciones por igual, estas condiciones son las que deben valorarse en cada caso y, por lo tanto, en función de la situación de la herida nos decantaremos por un producto u otro.⁴

CONCLUSIONES/COMENTARIOS

No existe un tratamiento único para la cura de lesiones crónicas de las extremidades y, por lo tanto, en cada caso la valoración del especialista y la indicación de un procedimiento u otro serán prioritarias. La falta de información y la resistencia al cambio probablemente son la causa de la escasa utilización en servicios de cirugía vascular.

El alto nivel de evidencia que presenta el beneficio de la aplicación de la cura en ambiente húmedo debería estimular a los cirujanos vasculares a utilizar de forma protocolizada este tipo de apósitos. Una mayor autonomía del personal de enfermería especializado en el tratamiento de úlceras vasculares también podría mejorar la atención específica de estas lesiones, ya que frecuentemente dicho personal tiene mayor conocimiento del producto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Winter GD. Formation of the scab and the rate of epithelization of superficial wounds in the skin of the young domestic pig. *Nature* 1962;193:292.
2. Hinman CD, Malbach H. Effect of air exposure and occlusion on experimental human skin wounds. *Nature* 1963;200:377-8.
3. Robles A, Torra JE, Castilla T. Apósitos modernos y productos de uso tópico para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión y otras heridas crónicas. *Todo Hospital* 2003;756-62.
4. Informe de evaluación de tecnología sanitaria nº 28. Úlceras vasculares en efectividad de los apósitos especiales en el tratamiento de las úlceras por presión y vasculares. Madrid: Instituto Carlos III; 1999.