

RECOMENDACIONES PARA EL CAMBIO DE LOS APÓSITOS DE CAH SEGÚN SUS PROPIEDADES

El objetivo de esta publicación es sintetizar determinadas propiedades y capacidades de los principales apósitos de cura en ambiente húmedo (CAH) que condicionan su selección, así como algunas recomendaciones relacionadas con su correcta utilización^{1,2}.

TABLA 1. RECOMENDACIONES PARA EL CAMBIO DE LOS APÓSITOS DE CAH SEGÚN SUS PROPIEDADES (Tabla de elaboración propia)

TIPO DE APÓSITO	PROPIEDAD/ ACCIÓN	CAPACIDAD	CAMBIO DE APÓSITO	OBSERVACIONES
HIDROGEL	Desbridamiento	++++ En placa seca necrótica, especialmente útil la estructura amorfa.	Diario	Para desbridamiento se pueden combinar hidrogeles con colagenasa o alginatos (especialmente útiles en presencia de esfacelos).
	Absorción	+++ En esfacelos, especialmente útil la lámina.	Entre 3 y 4 días*	Se puede utilizar en heridas infectadas. En este caso realizar el cambio de apósito cada 24 h.
	Protección	+ Frente a temperatura, infección y desecación: Buena. Ante fuerzas de presión y/o fricción: - Escasa en lámina. - Nula en estructura amorfa.	Cada 3 días* la estructura amorfa De 3 a 7 días* la lámina	Se pueden aplicar en tejidos expuestos, como hueso, tendón, cápsula... Las placas se pueden recortar. Requieren de apósito secundario (hidrocoloide, espuma o film de poliuretano), preferentemente transparente.
HIDROCOLOIDE	Desbridamiento	+++	Hasta 7 días, según cantidad de exudado. Cambiar cuando: - Pierda oclusividad - Haya fugas del gel formado - El gel esté a 1,5 cm del borde	No se pueden utilizar en heridas infectadas (excepto las combinaciones con plata). Se pueden recortar. Requieren de apósito secundario los de estructura amorfa y los que no tienen borde adhesivo.
	Absorción	+ / ++ Manejan mal el exudado. La capacidad de absorción aumenta en función del grosor (extrafino, intermedio o grueso).		
	Protección	Frente a temperatura, infección y desecación: - Buena en lámina. - Nula en estructura amorfa. Ante fuerzas de presión y/o fricción: - Buena en lámina, aunque aumenta en función del grosor		
HIDROFIBRA DE HIDROCOLOIDE	Desbridamiento	+++	Hasta 7 días Cambiar por: - Saturación - Deterioro o saturación del apósito secundario	Se pueden utilizar en heridas infectadas. Se pueden recortar. Requieren apósito secundario (hidrocoloide o espuma, en función de las características de la herida).
	Absorción	++++		
	Protección	Frente a temperatura, infección y desecación: buena. Ante fuerzas de presión y/o fricción: nula.		
ESPUMA	Desbridamiento	+++	Cada 3-7 días (según saturación: hasta que sea visible y se aproxime a 1,5 cm del borde)	No utilizar en heridas infectadas. Se pueden recortar. Las no adhesivas requieren apósito secundario para su fijación.
	Absorción	+++		
	Protección	Frente a temperatura, infección, desecación: buena. Ante fuerzas de presión y/o fricción: buena.		
ALGINATO	Desbridamiento	+++	Cada 2 a 7 días (o hasta total saturación) Cada 24 horas en heridas infectadas	Para desbridamiento se pueden combinar con hidrogeles. Se pueden utilizar en heridas infectadas. Se pueden recortar. Requieren de apósito secundario (excelentes propiedades en combinación con un hidrocoloide).
	Absorción	++++		
	Protección	Nula		

Capacidad: de escasa (+) a muy alta (++++).

(*) Si hay fugas, realizar el cambio del apósito.

- **La indicación de los apósitos de plata debe limitarse** a las situaciones en las que haya un retraso en el proceso normal de cicatrización.
- **La acción de los apósitos de plata varía según su estructura de plata iónica o nanocrystalina.** La presentación en nanocrystalina aumenta la superficie de contacto de los iones plata con el lecho, su solubilidad y concentración, proporcionando una liberación sostenida y una mayor actividad antimicrobiana en todas las fases de cicatrización de la herida.
- **La plata iónica está disponible en distintas matrices:** hidrocoloide, hidrofibra de hidrocoloide, alginato y espuma. **Su selección** depen-

derá del grado de exudado, del lugar y de la profundidad de la herida, así como de la necesidad de adaptabilidad y del control del olor.

- **En úlceras cavitadas y exudativas, es más adecuada la plata con matriz de alginato o de hidrofibra de hidrocoloide por su mayor adaptabilidad y capacidad absorbente.**
- **En úlceras superficiales con exudación moderada, sería más adecuada la plata con matriz de hidrocoloide o de espuma de poliuretano.**

No es apropiada la combinación de plata con pomadas y otros apósitos absorbentes que impidan el contacto directo o la liberación de plata.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DEL APÓSITO

En la selección de un apósito se deben considerar múltiples criterios, como la superficie y profundidad de la herida, el estado de los bordes, pero es especialmente importante considerar la **capacidad de absorción de exudado, de desbridamiento del tejido desvitalizado, de protección y de control de la carga bacteriana crítica** (siendo estos últimos los recogidos en la Tabla 1)^{4,5}.

Una vez seleccionado el apósito se deberá prestar especial atención a la técnica correcta de aplicación y al tiempo recomendado para el cambio de apósito, evitando así destruir el nuevo tejido formado. En este sentido, los profesionales sanitarios deberán respetar las instrucciones del fabricante, pues las ventajas del tratamiento de la CAH frente a la cura tradicional están basadas en la optimización del proceso de cicatrización

y de dedicación profesional, al disminuir el número de curas, los tiempos de curación de las heridas y el número de apósitos utilizados, mejorando la eficiencia de estos productos, así como la calidad de vida del paciente.

Las heridas cutáneas crónicas (HCC) por su alta prevalencia^{6,7} y por el deterioro que provocan en la calidad de vida, constituyen un problema de salud con importantes repercusiones para los pacientes y para el sistema sanitario⁸. En el coste total de la atención de las HCC, los apósitos suponen del 15-22% del gasto^{9,10}, y su consumo ha sufrido un fuerte incremento en los últimos años. En el Servicio Canario de la Salud (SCS) se realizaron casi 300.000 prescripciones en 2014, correspondiendo a una facturación de recetas de más de 4 millones de euros (Gráficos 1 y 2).

GRÁFICO 1. Gasto anual de facturación de recetas de efectos y accesorios. SCS 2014

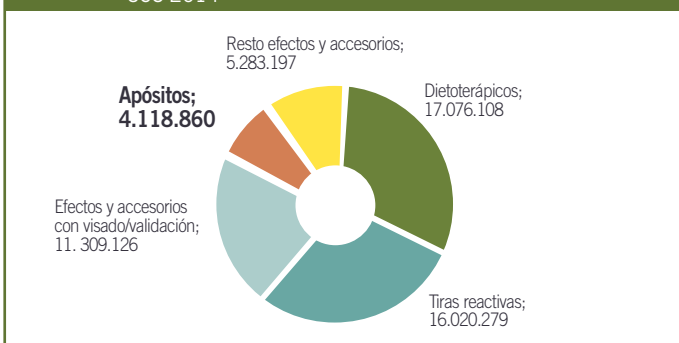
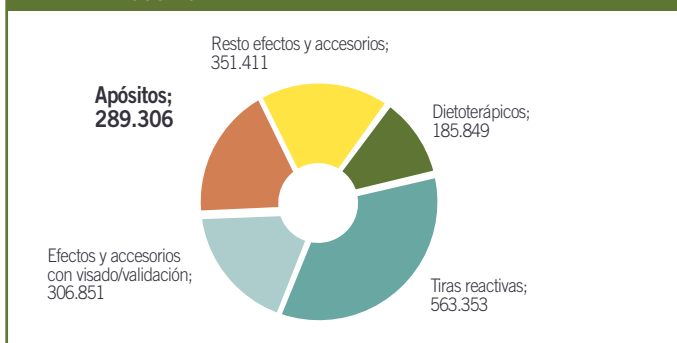


GRÁFICO 2. Envases de efectos y accesorios dispensados con recetas. SCS 2014



Conocer el proceso de curación de una herida y seleccionar los materiales óptimos en cada una de las fases del proceso de cicatrización, son factores determinantes para su curación^{11,12}. Con esta finalidad, el Servicio de Uso Racional del Medicamento y Control de la Prestación del SCS ha hecho una revisión del tema poniendo a disposición de los profesionales, además de este Infarma, las siguientes publicaciones:

- USO RACIONAL DEL MATERIAL DE CURAS (I). CURA TRADICIONAL EN HERIDAS AGUDAS.
- USO RACIONAL DEL MATERIAL DE CURAS (II). CURA EN AMBIENTE HÚMEDO.
- USO RACIONAL DEL MATERIAL DE CURAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA (III).

BIBLIOGRAFÍA

1. European Wound Management Association (EWMA). Position Document: Wound Bed Preparation in Practice. London: MEP Ltd, 2004. Disponible en: <http://gneapp.info/wp-content/uploads/2014/12/preparacion-del-lecho-de-la-herida-en-la-practica.pdf>
2. Wounds UK Best Practice Statement. Effective exudate management. London: Wounds UK, 2013. Disponible en: http://www.woundsinternational.com/media/issues/676/files/content_10816.pdf
3. Aragon FJ, Lazaro JL. Atlas del manejo practico del pie diabetico. J&J; 2004
4. Wounds UK Best Practice Statement. Effective exudate management. London: Wounds UK, 2013. Disponible en: http://www.woundsinternational.com/media/issues/676/files/content_10816.pdf
5. Gardner S (2012) Managing high exudate wounds. How to. Wound Essentials 7(11).
6. Pancorbo-Hidalgo P.L.; García-Fernández F.P.; Torra i Bou J.E.; Verdú Soriano J.; Soldevilla-Agreda J.J. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4.º Estudio Nacional de Prevalencia. Gerokomos. 2014;25(4):162-170.
7. Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético de la Asociación española de Enfermería Vasculat. (AEV). Guía de Práctica Clínica. 2004.
8. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Posnett J, Verdú Soriano J, San Miguel L, Mayan Santos JM. "Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión en España". Gerokomos [revista en Internet]. 2007 Dic. 18(4): 43-52. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2007000400007&lng=es
9. Drew P, Posnett J, Rusling L, on behalf of the Wound Care Audit Team. The cost of wound care for a local population in England. Int Wound J 2007; 4: 149-55.
10. Vowden K, Vowden P, Posnett J. The resource costs of wound care in Bradford and Airedale primary care trust in the UK. J Wound Care 2009; 18:93-4, 96-8.
11. Gottrup F, Apekvist J, Price P, et al. Outcomes in controlled and comparative studies on non-healing wounds: recommendations to improve the quality of evidence in wound management. J Wound Care 2010; 19(6): 239-68.
12. Stephen-Haynes J, Bielby A, Searle R. Putting patients first: reducing human and economic costs of wounds. Wounds UK 2011; 7(3): 47-55.

AUTORES: Pérez Hernández P., Perdomo Pérez E., Bañón Morón N., Montes Gómez E., Castellano Cabrera J.L.

Edita: Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud / SERVICIO CANARIO DE LA SALUD. ISSN: 1889-0989. **Depósito Legal:** GC 1103-2008
Pueden solicitar el envío del boletín remitiendo un correo a jperment@gobiernodecanarias.org. Todas las publicaciones editadas se pueden consultar a través de la Web del Servicio Canario de la Salud: <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/>