



Atención al paciente mayor con lesiones cutáneas, ¿hacemos todo lo posible?

Nos encontramos con un verdadero reto sociosanitario al atender a pacientes cada vez más longevos (desde 1978 hay un incremento en la esperanza de vida de 8 años), la mayoría de los cuales padece alguna enfermedad crónica; además, muchos de ellos viven en soledad y aislamiento social. Estos factores están íntimamente relacionados con la salud, lo que hace aumentar considerablemente la vulnerabilidad frente a la enfermedad.

La piel sufre muchos cambios con el envejecimiento, desde la atrofia cutánea hasta las temidas lesiones cutáneas causadas por la inmovilidad. Según la Encuesta Nacional de Salud de 2013, el 73% de los encuestados mayores de 65 años declaraba presentar al menos una enfermedad crónica. Estas enfermedades crónicas como la diabetes, la EPOC, las enfermedades cardiovasculares, etc., afectan de manera directa en la cicatrización de las lesiones cutáneas. Además, muchos de estos pacientes viven solos o acompañados entre iguales. Este aislamiento social está asociado a sedentarismo, riesgo de caídas y traumatismos, lo que se traduce en un aumento en las urgencias, ingresos hospitalarios y, en general, del consumo de recursos sanitarios con un seguimiento del proceso complejo. Si ese paciente con lesiones cutáneas tiene familia y/o cuidadores, tarde o temprano reciben ese impacto en forma de sobrecarga.

En nuestras intervenciones debe existir una verdadera preocupación desde cualquier ámbito asistencial (hospital, atención primaria, instituciones sociosanitarias) para administrar a los pacientes la OBSERVACIÓN de la PIEL como cuidado insustituible junto con una anamnesis completa. Sólo de

esta manera se producirá una prevención eficaz y una terapéutica adecuada.

Necesitamos un compromiso entre todos: profesionales sanitarios en equipo y gestores. Debemos ser conscientes del tremendo recorrido que hace el paciente con una herida crónica por todo el sistema sanitario hasta llegar a ser tratado por una enfermera o profesional sanitario experto. Si además son pacientes mayores, se añade la dificultad en los desplazamientos.

Por todo lo anterior, urge en primer lugar tener en consideración procedimientos comunes consensuados entre equipos multidisciplinares. Y, en segundo lugar, que se pueda acceder a productos sanitarios y materiales equitativos desde todos los ámbitos, facilitando la continuidad de la cura del paciente, y se evite que estas heridas evolucionen a crónicas.

Es nuestro deber considerar a las personas mayores como población de alto riesgo, porque cualquier lesión en una piel frágil es vulnerable y susceptible de evolucionar con difícil cicatrización, cronificarse en el tiempo, infectarse, producir dolor, restricciones de la movilidad e incapacidad para las actividades de la vida diaria. Es nuestra responsabilidad replantear la atención a estos pacientes con un abordaje actualizado con el conocimiento y la práctica avanzada basada en las evidencias científicas más recientes.

La terapia compresiva sigue siendo la clave para la prevención, es decir, antes de llegar a tener una úlcera

venosa, tras su cicatrización, para evitar recidivas, y durante todo el tratamiento hasta el cierre de la úlcera venosa, por lo que parece necesario y urgente que se incluya en el sistema de salud la facilitación financiada de las medias de compresión terapéutica ligera/moderada o clase I y clase II. Ac-

**En la actualidad
hay seis millones de
pacientes con diabetes,
lo que supone un 13%
de la población**



tualmente, solo están incluidas las medias de compresión fuerte, estando indicada en la fase grave de insuficiencia venosa y no siendo bien tolerada por muchos pacientes.

Urge además añadir a esta financiación un calzador de medias para que el paciente mayor (con sus dificultades propias de la edad) sea capaz de ponérselas todos los días y, por tanto, se lleve a cabo una correcta adherencia al tratamiento. Por otro lado, es fun-

damental tener accesibilidad a los dispositivos de compresión autoajustables con cierre tipo velcro que permiten compresiones de 20-40 mmHg, de baja elasticidad, fáciles de usar por el propio paciente y apropiados para la descongestión del edema y su fase posterior.

La presencia de biofilm o biopelículas en las heridas crónicas es otra de las causas del retraso de la cicatrización. El uso del cadexómero yodado para preparar el lecho de la herida, sobre todo en pacientes mayores, como alternativa al uso con bisturí, curetas, etc., técnicas que precisan de un entrenamiento, son cruentas y con alto riesgo de sangrado, sobre todo en pacientes anticoagulados.

Disponer de apósitos para el control de los niveles de las metaloproteinasas, cuyo exceso se mantienen en la fase inflamatoria e impiden el paso de la fase proliferativa. En las pieles envejecidas, si se precisara aplicar apósitos con adhesividad que permitan movilidad y eviten los vendajes de sujeción convencionales, estos apósitos deberían disponer de bordes con silicona para que, al realizar la correcta técnica durante el desprendimiento, se garantice que el paciente no sufra dolor y evite el encarnizamiento con la aparición de nuevas lesiones en el tejido periulceral.

En la actualidad hay seis millones de pacientes con

diabetes, lo que supone un 13% de la población. Los estudios prevén que un 20% está en riesgo de sufrir una amputación en las extremidades inferiores. Urge la incorporación de profesionales de podología en el sistema sanitario.

Los pacientes mayores con limitaciones en la movilidad necesitan una combinación de cuidados para prevenir lesiones cutáneas. Los estudios demuestran que el empleo de apósitos hidrocelulares es más eficaz y eficiente que los vendajes protectores almohadillados y el uso de las taloneras de tejido, cuyas tiras de sujeción pueden producir iatrogenia con heridas en la articulación tibio-peroneo-astragalina.

Estas aportaciones y otras muchas podrían consensuarse con las sociedades científicas y profesionales expertos en el paciente crónico con lesiones cutáneas, que lideran unidades de heridas y que, junto con los gestores, deberían aunar sus fuerzas en acciones formativas, redes y canales de comunicación al resto de los profesionales para poder participar en la adquisición y suministro de ciertos materiales y productos sanitarios con las evidencias actuales.

Las enfermeras y otros profesionales que atienden a personas con heridas pensamos que se debe insistir en que se deje de banalizar el procedimiento de una CURA, y se asuma con la misma importancia que los tratamientos prescritos por otros profesionales, porque la cura de una herida es lo mismo que administrar

cualquier otro tratamiento (se precisa de conocimiento además de la propia habilidad). Quizás de esta forma se reconozca el hecho de curar como un acto importante y valioso.

En el próximo 9º Congreso de la Sociedad Española de Heridas (SEHER) para celebrar el año internacional de la enfermera y de la matrona, tendremos a tres referentes enfermeras muy implicadas en la actual campaña *Nursing Now* para mejorar la salud de los ciudadanos y visibilizar el perfil profesional de las enfermeras.

Sean todos bienvenidos.

Nuria de Argila Fernández-Durán

SUPERVISORA DE FORMACIÓN Y HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO Y PROCESOS ENFERMEROS DEL HOSPITAL CENTRAL DE LA CRUZ ROJA SAN JOSÉ Y SANTA ADELA. MADRID.

SECRETARIA DE LA SEHER.

(Sin conflicto de interés)

Necesitamos un compromiso entre todos: profesionales sanitarios en equipo y gestores