

APÓSITOS DE MEMBRANA POLIMÉRICA* EN EL TRATAMIENTO DE RECIÉN NACIDOS Y LACTANTES CON FORMAS GRAVES DE EPIDERMÓLISIS AMPOLLOSA (EA)

Jacqueline Denyer, Asesora de Enfermería Pediátrica en EA,
Great Ormond Street Hospital y DebRA UK
Jackie.denyer@debra.org.uk

INTRODUCCIÓN

La epidermólisis ampollosa (EA), llamada también epidermólisis ampollar, bullosa o bulosa, es un término general que engloba a un gran grupo de trastornos hereditarios de fragilidad de la piel. Existen muchos tipos de EA, pero el factor común entre todos es la tendencia de la piel y las membranas mucosas a formar ampollas y erosionarse tras los roces y traumatismos cotidianos más mínimos. Los efectos de la EA varían desde la formación de ampollas relativamente leves en las manos y los pies (EA simple localizada) hasta discapacidades cada vez mayores resultantes de cicatrices por contracturas internas y externas (EA distrófica generalizada grave). En su forma más extrema (Herlitz juntural), la EA ocasiona la muerte en las primeras etapas de la infancia por complicaciones que incluyen la formación de ampollas laríngeas y el retraso del crecimiento.

Los pacientes afectados de formas graves de EA tienden a presentar heridas crónicas y la complicación de carcinoma espinocelular más adelante, que en muchos casos causa la muerte a principios de la edad adulta.

Actualmente no existe ninguna cura o tratamiento eficaz para esta dolorosa y devastadora enfermedad, aunque los progresos de las investigaciones conducen hacia la disponibilidad de tratamientos genéticos y celulares. El tratamiento es sintomático, con énfasis en el manejo de la piel y las heridas, el alivio del dolor y el apoyo nutricional y psicológico.

La presencia de un recién nacido afectado de EA grave plantea dificultades para el personal de la unidad neonatal, ya que podría carecerse de conocimientos sobre la enfermedad y experiencia previa en la administración de cuidados especializados.

Los apósitos convencionales para la EA son complejos y requieren un sistema de múltiples capas que permita lograr la falta de adherencia, la posición correcta (para evitar deformidades), el control del exudado, protección contra manipulación y movimientos de las extremidades, y una barrera antimicrobiana. Tales complicaciones en las pautas de colocación de apósitos plantean dificultades para el personal no experimentado en el cuidado o tratamiento de heridas en lactantes con EA.

PROPÓSITO

Evaluación de apósitos en términos de:

Cicatrización

Control del olor y el exudado

Facilidad de aplicación y retirada

Duración de los cambios de apósito

Reducción del dolor (escala de dolor de recién nacidos / puntuación de dolor FLACC) Frecuencia de las infecciones

MÉTODO

Los apósitos de membrana polimérica* están diseñados para ser utilizados por sí solos, lo cual elimina la necesidad de emplear

apósitos primarios y secundarios aparte. Inicialmente nos preocupaba la adherencia y utilizamos la membrana polimérica junto con una capa no adherente comprobada para el contacto con la lesión. Conforme fue aumentando nuestra confianza en el producto, pudimos recomendar que se colocara el apósito directamente sobre la lesión; esto redujo el tiempo del cambio de apósito, los traumatismos y el estrés emocional tanto del paciente como del enfermero. Para el estudio se seleccionaron 6 recién nacidos gravemente afectados de EA juntural o distrófica. Los cuatro que se describen aquí muestran resultados representativos del grupo completo.

RESULTADOS

El apósito resultó fácil de aplicar y quitar, y produjo una cicatrización más rápida que los tratamientos con apósitos recomendados anteriormente. Al principio se requirieron cambios diarios de apósito a causa de las copiosas cantidades de exudado. La adición de la membrana polimérica WIC redujo la frecuencia de los cambios.

Las puntuaciones de dolor disminuyeron en comparación con las obtenidas con los apósitos recomendados anteriormente.

No fue necesario administrar tratamientos antibióticos o antimicrobianos para controlar las infecciones cutáneas o colonizaciones críticas en ninguno de los 6 lactantes seleccionados para los estudios de casos; de hecho, uno de los bebés no requirió tal tratamiento durante más de 18 meses. Con los apósitos recomendados anteriormente ha sido necesario administrar ciclos regulares de antibióticos orales y tratamientos tópicos.

DISCUSIÓN

En todos los casos estudiados se observó una rápida mejora en el tamaño de las heridas. De especial importancia es el acortamiento del tiempo de cambio de los apósitos en este grupo de edades vulnerables. El estudio ha destacado la falta de disponibilidad inmediata de apósitos especializados en unidades neonatales, lo que significa que inicialmente se aplican materiales inapropiados.

El estudio incluyó inicialmente sólo a bebés afectados de EA distrófica generalizada grave; ahora se ha ampliado para incluir a niños con otras formas de EA grave.

Un factor importante ha sido la capacidad de los apósitos de membrana polimérica para prevenir la colonización crítica y las infecciones. Los bebés con formas graves de EA no pueden ser bañados hasta que se les hayan cicatrizado las heridas prenatales y las inducidas por el parto, ya que no es posible protegerlos contra daños adicionales resultantes de la manipulación o el contacto con la superficie de la tina. La capacidad limpiadora de los apósitos de membrana polimérica parece ofrecer una solución a este aspecto del tratamiento de heridas.

Caso 1

El "bebé M" fue el primer recién nacido con EA distrófica generalizada grave en recibir apósitos de membrana polimérica. Actualmente el niño tiene 17 meses de edad. Al nacer, el bebé M tenía lesiones extensas en ambas piernas como consecuencia del traumatismo prenatal y el inducido por el parto. Sus heridas se cubrieron inmediatamente con gasa parafinada y gasa seca, que causaron traumatismos adicionales al ser retiradas. A continuación, las heridas se cubrieron con los apósitos atraumáticos recomendados para lactantes con EA; sin embargo, las lesiones siguieron empeorando.

Posteriormente se aplicaron apósitos de membrana polimérica, que fueron cambiados cada dos días por las copiosas cantidades de exudado. Se observó una rápida cicatrización y pudimos reducir los cambios de apósito a cada 3 ó 4 días, en respuesta a la disminución del exudado. El tiempo del cambio disminuyó notablemente gracias a la facilidad de aplicación y retirada de los apósitos de membrana polimérica, y al uso de una sola capa en lugar de la capa de contacto con la lesión y el apósito secundario. Hemos encontrado que no es necesario administrar agentes antimicrobianos cuando se emplean apósitos de membrana polimérica.

Los lactantes con este nivel de gravedad de EA distrófica suelen evidenciar una mayor incidencia de lesiones crónicas a esta edad. La calidad de la piel sobre las zonas cicatrizadas es mejor que la prevista en general para bebés con este tipo de EA que han sufrido un daño prenatal de tal extensión. Al seguir utilizando apósitos de membrana polimérica para proteger las zonas cicatrizadas vulnerables, hemos observado que, cuando se forma una nueva lesión, la acción de los apósitos de membrana polimérica parece inhibir su progresión.



9 de octubre de 2008



9 de diciembre de 2008



23 de diciembre de 2008

Caso 2

MK es la primera hija de padres sin parentesco. Al nacer presentó una lesión profunda en el dorso del pie; el dedo gordo estaba acortado, lo que indicó que la herida había estado presente durante varias semanas y sugería un diagnóstico de EA distrófica. Sin embargo, los 10 de febrero de 2010 resultados de la biopsia cutánea sugieren el síndrome de Kindler, incluido en la clasificación de EA en 2008.

La herida se cubrió poco después del nacimiento con una capa de contacto de silicona blanda y un apósito secundario de espuma. Al cabo de 2 días, la lesión estaba húmeda y escarada; el apósito fue sustituido por apósitos de membrana polimérica (normal y WIC) que se cambiaron a diario. La herida tenía un aspecto mucho más limpio al cabo de un par de días y cicatrizó rápidamente.



8 de enero de 2010



10 de febrero de 2010

Caso 3

La bebé H nació por cesárea. Al nacer presentaba profundas heridas con escaras en las manos y los pies. Posteriormente se le diagnosticó EA juntural de tipo no Herlitz. La carencia de colágeno XVII ocasiona retrasos o deficiencia de la cicatrización en los pacientes portadores de este tipo de EA.

Se aplicaron apósitos de membrana polimérica en todas las heridas, con adición del tipo WIC* (que no tiene un refuerzo de película) a las zonas de mayor exudado. Lamentablemente, los apósitos de membrana polimérica WIC son demasiado gruesos como para aplicarse entre los dedos de las manos y los pies, por lo que se colocaron tiras de hidrofibra entre los dedos para impedir que se fusionaran.



26 de octubre de 2009



6 de noviembre de 2009



17 de marzo de 2010



Caso 4

El bebé G sufre EA juntural de tipo Herlitz. Nació con una herida profunda y extensa que le cubría la pierna izquierda. La experiencia ha demostrado que las heridas prenatales en este tipo de EA no cicatrizan y generalmente están presentes hasta que el bebé fallece. En general, encontramos que muchos de los apósitos atraumáticos empleados en la actualidad impiden que se extienda la herida, pero no tienen ningún efecto en su cicatrización. Al primer cambio se aplicaron apósitos de membrana polimérica, que fueron cambiados a diario por el gran volumen de exudado. La herida permaneció limpia y está cicatrizando bien. Nunca antes habíamos tenido una experiencia tan positiva con un bebé portador de esta forma de EA.



2 de marzo de 2009



24 de marzo de 2009



22 de abril de 2009