

# Uso de láminas protectoras hidrocoloides para proteger la piel del contacto directo de las secreciones corporales

## RESUMEN

Las láminas protectoras hidrocoloides proporcionan un entorno húmedo favorable para la cicatrización de las heridas y actúan como barrera contra las bacterias exógenas. No se adhieren a la herida, sólo a la piel circundante, y pueden proporcionar un entorno de cicatrización más rápido, manteniendo intacta la piel recién cicatrizada y evitando la descomposición del tejido. Las láminas protectoras hidrocoloides no traumatizan la piel al retirarlas, lo que reduce el dolor, y requieren menos cambios de apósito, ya que pueden dejarse colocadas durante varios días. Vienen en diferentes tamaños que pueden ser cortados a medida para adaptarse a la herida. Su uso también puede reducir el coste de los cuidados, la duración de la estancia en el hospital y la cantidad de cuidados prestados por el personal de enfermería del WOC. Los tres estudios de casos de este artículo describen cómo el personal de enfermería de terapia estomatológica abordó el tratamiento de enfermería de la piel denudada mediante el uso de láminas protectoras hidrocoloides en la piel periestomal, las nalgas y las regiones perineales.

**Palabras clave** hidrocoloide, lámina protectora, MASD, IAD, denudado

**Como referencia** Tan NM et al. Use of hydrocolloid protective sheets to protect skin against direct contact from body secretions. WCET® Journal 2021;41(4):18-21

**DOI** <https://doi.org/10.33235/wcet.41.4.18-21>

Presentado el 26 de abril de 2021, aceptado el 18 de julio de 2021

## INTRODUCCIÓN

El MASD (daño cutáneo asociado a la humedad) está causado por la exposición prolongada a diferentes fuentes de humedad. Entre ellos se encuentran la transpiración, la orina, las heces, el exudado de las heridas, la mucosidad, la saliva, otras secreciones y sus contenidos. Cuando el exceso de humedad, incluyendo su contenido químico y factores mecánicos como la fricción y la presencia de organismos patógenos, provoca una inflamación de la piel, con o sin erosión o infección cutánea secundaria, se produce el MASD<sup>1</sup>.

**Nur Madalinah Tan\*** ET, RN, WOCNC Singapur

Enfermera colorrectal, enfermería especializada, Hospital General Changi, 2, Simei Street 3, Singapur 529889  
Correo electrónico Madalinah\_tan@cgh.com.sg

**Josephine Ong** RN

Enfermera colorrectal, enfermería especializada, Hospital General Changi, Singapur

**Feng Ying** RN

Enfermera Hepatopancreatobiliar, Enfermería de Especialidad, Hospital General Changi, Singapur

**Ong Ling** ET, RN

Sociedad de Curación de Heridas de Singapur, Enfermera de Cuidados de Heridas, Enfermería de Especialidad, Hospital General de Changi, Singapur

**Catherine Loo** ET, RN

Enfermera de cuidado de heridas, Enfermería especializada, Hospital General de Changi, Singapur

\* Autor correspondiente

La dermatitis asociada a la incontinencia (IAD) es una forma común de MASD. La IAD es un tipo de dermatitis irritante que se da en pacientes con incontinencia fecal y/o urinaria. También se conoce como dermatitis perineal o dermatitis del pañal. A veces se asocia con bullas, erosiones o una infección cutánea secundaria<sup>2,3</sup>.

El prolapso estomacal, en el que el intestino se desplaza a través del estoma, es una complicación postoperatoria común y suele estar asociada a las colostomías de asa. Las razones más comunes del prolapso estomacal son la técnica quirúrgica, la obesidad, el aumento de la presión abdominal y la creación del estoma fuera del músculo recto del abdomen. Los estomas prolapsados pueden contribuir a las fugas alrededor del estoma, lo que provoca una importante irritación de la piel o IAD<sup>4,5</sup>.

La exposición persistente a grandes cantidades de humedad hará que la piel se ablande, se hinche y se arrugue mucho<sup>1,3</sup>. Esto dañará la piel y reducirá la función de barrera de la piel, lo que llevará a la erosión de la piel, causando al paciente dolor, trauma, estrés emocional y tensión financiera<sup>1,4,6</sup>. Por lo general, los pacientes afirman sentir dolor, ardor o picor debido a las lesiones de la piel; esto también puede implicar viajes frecuentes para visitar al personal de enfermería o estancias prolongadas en el hospital. Las actividades de la vida diaria también pueden verse afectadas, y puede haber limitaciones económicas por no poder trabajar y por el alto coste de los gastos y los desplazamientos<sup>6</sup>.

Los principios generales para prevenir y tratar la MASD y la IAD consisten en utilizar un régimen estructurado de cuidado de la piel con productos que eliminen el exceso de humedad de la piel y, por tanto, protejan la piel de las infecciones y controlen

la fuente de humedad<sup>3</sup>. Por ello, los pacientes con alto riesgo de desarrollar MASD y IAD deben minimizar las complicaciones cuando presenten síntomas, vigilando la zona de la herida de forma rutinaria para detectar cambios en el estado de la piel, gestionando el exudado con apósitos adecuados para una correcta absorción, y aplicando una barrera cutánea o un protector de la piel periestomal/perisherida cuando sea apropiado<sup>1,2,7,8</sup>. El tratamiento de los prolapsos estomales se basa en la evaluación individual del paciente y muchos incluyen la reducción local del prolapso, la revisión quirúrgica, la reevaluación del aparato de ostomía para que se ajuste al tamaño y la forma del estoma, y el uso de un cinturón de soporte de hernia que incluya una correa de prolapso<sup>4</sup>.

Las láminas protectoras hidrocoloides contienen CMC (carboximetilcelulosa), pectina o gelatina combinadas con adhesivos y tachuelas aplicadas a una espuma de poliuretano o a un soporte de película para crear una lámina absorbente y autoadhesiva<sup>9</sup>. Esto proporciona una barrera bacteriana y vírica oclusiva, reduciendo el riesgo de infección cruzada, disminuyendo el pH de la herida, reduciendo la proliferación de bacterias, manteniendo la humedad en el lecho de la herida, mejorando la epitelización y disminuyendo los niveles de dolor, y evitando la desecación del lecho de la herida, proporcionando por tanto un entorno húmedo de curación de la herida<sup>9</sup>.

Las láminas protectoras hidrocoloides pueden utilizarse en una amplia gama de heridas de exudación baja a moderada y en una variedad de formas y tamaños de heridas. Son fáciles de aplicar y pueden utilizarse bajo la oblea del estoma o directamente sobre la piel desnuda en las regiones perineal, inguinal y sacra. Absorben la humedad, minimizando el riesgo de que la piel se desnude, reduciendo así el contacto con los efluentes y permitiendo que la piel se cure si hay un problema cutáneo previo. También son buenos para las pieles que tienen irritaciones y alergias<sup>9</sup>. En mi organización, estas sábanas vienen en dos tamaños y no deben utilizarse para un uso prolongado. También se pueden utilizar sobre otras cosas como los anillos de barrera y el polvo de ostomía.

Las láminas pueden utilizarse como complemento de un método de protección de la piel por capas o costras que también utiliza polvo de barrera cutánea y un aerosol de barrera cutánea. El polvo de barrera cutánea ayuda a absorber la humedad y a secar la herida, además de proporcionar un sellado. A continuación, se utiliza el aerosol de barrera cutánea para sellar el polvo a la piel antes de colocar las láminas protectoras por encima. Esta acción debe repetirse tres veces para que sea efectiva. Este método fue enseñado por el plan de estudios de la WOCN y transmitido a los compañeros<sup>4</sup>.

## ESTUDIOS DE CASO

### Estudio de caso 1

#### Resumen de pacientes

Un paciente de 61 años, de origen chino, fue sometido a una laparotomía de revisión, lavado, descompresión del intestino delgado y creación de ileocolostomía de doble barril el 11 de febrero de 2019. Se enseñó al paciente y a su esposa a gestionar el cambio de la oblea durante su estancia en el hospital y sus visitas ambulatorias al enfermero colorrectal. También recibió dos visitas a domicilio para garantizar su competencia en el cuidado de la ostomía.

Entre julio y octubre de 2019 el paciente acudió a la consulta externa por un prolapso del estoma (prolapso del asa distal de aproximadamente 10 cm, prolapso del asa proximal de aproximadamente 3 cm) que era reducible a nivel de la piel. Se aconsejó al paciente que utilizara un cinturón de soporte de hernia para minimizar la frecuencia de los incidentes de prolapso del estoma. La piel periestomal estaba todavía intacta.

El plan operativo a largo plazo consistía en la reversión del estoma en octubre, pero durante su visita al cirujano se observó que el aparato de ostomía obviamente había estado goteando durante algún tiempo. El paciente fue remitido de nuevo al profesional de enfermería colorrectal para la revisión del aparato con fugas y el tratamiento de la piel desnuda antes de su cirugía.

#### Problema

En la revisión, el paciente utilizaba un sistema de dos piezas mal ajustado y se observaron fugas graves; sin embargo, aunque el paciente informó que las fugas eran frecuentes, dijo que podía arreglárselas. Sin embargo, en la evaluación, se observó que era más grave de lo descrito. Afirmó que no pudo cambiar su aparato rápidamente porque no llevó un aparato de repuesto durante su visita a la clínica (Figura 1).



Figura 1. Estudio de caso 1: Día 1, 1 de octubre de 2019 (fotos@Madalinah 2020)

#### Intervención de enfermería

Durante su primera visita, se limpió la piel con un limpiador sin aclarado para restablecer el equilibrio del pH de la piel. Se redujo el estoma para aliviar la tensión y facilitar la colocación de la bolsa y su manejo. Se aplicó polvo de ostomía para absorber la humedad y se utilizó un aerosol de barrera cutánea para mejorar la protección de la piel. El paciente expresó que se sentía cómodo con el uso de un sistema de dos piezas a pesar de que se le advirtió de que la brida de plástico podría lesionar su estoma. Se aplicó una barrera cutánea protectora sobre la piel desnuda asegurando un margen de 1/3 por encima y 2/3 por debajo del abdomen. Se aconsejó a la paciente que siguiera utilizando el cinturón de sujeción de la hernia. El día 4 había signos de epitelización de la piel (Figura 2). En el día 8, la piel estaba totalmente epitelizada (Figura 3).



Figura 2. Estudio de caso 1: Día 4, 4 de octubre de 2019 (fotos@Madalinah 2020)



Figura 3. Estudio de caso 1: Día 8, 8 de octubre de 2019 (fotos@Madalinah 2020)

## Estudio de caso 2

### Resumen de pacientes

Una mujer de 70 años fue ingresada por IAD con piel desnuda en su nalga inferior derecha, perianal a labial mayor bilateral. No se comunicaba; su hijo era su principal cuidador. La paciente estaba encamada, se alimentaba con una sonda nasogástrica y tenía una sonda interior.

### Problema

La paciente fue remitida el 24 de septiembre de 2019 (día 1). En la evaluación se observó que había cicatrices cicatrizadas de episodios anteriores de deterioro de la integridad de la piel. En ese momento, el tejido estaba eritematoso y supurante y la temperatura de su piel era cálida al tacto (Figura 4). Se observó que la paciente estaba llorosa y agitada.



Figura 4. Estudio de caso 2: Día 1, 24 de septiembre de 2019 (fotos@Ong Ling/ Catherine 2020)

### Intervención de enfermería

Se utilizó solución salina normal al 0,9% para limpiar la herida; se utilizó polvo de ostomía y un aerosol de barrera cutánea para proteger la piel por el método de formación de costras y se utilizó una lámina protectora de hidrocloide para proteger después la piel. Se recomendó al personal de enfermería de la sala que siguiera lavando la zona de la vagina en cada cambio de pañales para una buena higiene perianal y para asegurar el giro frecuente para descargar la presión. La limpieza de la piel se realizó en las nalgas y en la zona perineal con un limpiador de piel sin aclarado, con polvo de ostomía y con un aerosol de barrera cutánea. Se aplicó una lámina protectora de hidrocloide en la ingle bilateral, el labio mayor bilateral y la zona perianal. El 27 de septiembre (día 3), se observó la epitelización de la piel, y la temperatura de la piel era fría al tacto (Figura 5). El día 6 se observó una nueva mejoría (Figura 6); la paciente fue dada de alta el 4 de octubre, una vez que la piel se había epitelizado por completo.

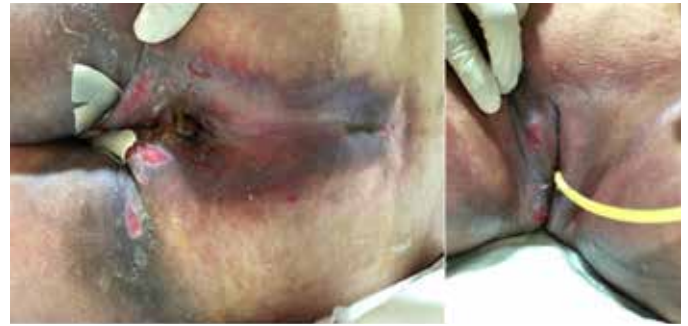


Figura 5. Estudio de caso 2: Día 3, 27 de septiembre de 2019 (fotos@Ong Ling/ Catherine 2020)



Figura 6. Estudio de caso 2: Día 6, 30 de septiembre de 2019 (fotos@Ong Ling/ Catherine 2020)

## Estudio de caso 3

### Resumen de pacientes

La paciente era una mujer china de 86 años con antecedentes médicos de hipertensión, hiperlipidemia y cataratas; su asistenta era la principal cuidadora en casa. Se le había realizado una apendicectomía laparoscópica y una resección anterior ultrabaja asistida por robot y se le creó una ileostomía desfuncional en mayo de 2018. Estaba programada para un ingreso electivo planificado para la reversión laparoscópica de Hartmann el 24 de febrero de 2019; sin embargo, la paciente tenía heces acuosas y sin sangre 3-4 veces al día 2 semanas antes del ingreso.

### Problema

En la evaluación en la consulta externa, se observó un gran eritema sobre el abdomen izquierdo; la piel también estaba llorosa y desnuda, el aparato de ostomía estaba reforzado con Tegaderm™, y la paciente también usaba pañales. La piel parecía una mezcla de dermatitis de contacto e infección por hongos (Figura 7).



Figura 7. Estudio de caso 3: Día 1, 10 de febrero de 2019 (fotos@Madalinah 2020)

### Intervención de enfermería

El personal de enfermería de estomaterapia recomendó suspender el uso de pañales y Tegaderm™, y limpiar la piel con un limpiador cutáneo sin aclarado, pintar con povidona

yodada, proteger con polvo de ostomía y rociar la barrera cutánea con el método de las costras. Se cortó una lámina de hidrocoloide protector del tamaño y la forma del estoma y se colocó alrededor del mismo para proteger la piel periestomal inmediata (Figura 7).

El 15 de febrero de 2019 (día 5) el paciente volvió a la consulta externa para su revisión; se observó que la piel se había secado con costras, estaba fría al tacto y no lloraba. Se volvió a aplicar una lámina hidrocoloide protectora después del régimen de cuidado de la piel descrito anteriormente (Figura 8). El 22 de febrero de 2019 (día 12), la piel de la paciente había cicatrizado significativamente con sólo un ligero eritema presente sin signos de cicatrices anteriores dentro del tejido cicatrizado (Figura 9). Durante el resto de su ingreso la lámina protectora de hidrocoloide fue para proteger la piel periestomal. La paciente fue dada de alta el 24 de febrero de 2019 y se siguió utilizando una sábana protectora para proteger la piel hasta su ingreso electivo.



Figura 8. Estudio de caso 3: Día 5, 15 de febrero de 2019 (fotos@Madalinah 2020)



Figura 9. Estudio de caso 3: Día 12, 22 de febrero de 2019 (fotos@Madalinah 2020)

## CONCLUSIÓN

El mantenimiento de la integridad de la piel es la base del éxito a largo plazo de la rehabilitación de los pacientes con problemas cutáneos. El uso de barreras cutáneas hidrocoloideas proporciona un entorno húmedo que permite que las enzimas del cuerpo mejoren la cicatrización al no adherirse a la piel. Los autores han tenido experiencias positivas con su uso, como demuestran los tres estudios de casos que se comparten aquí, pero no son favorables para las heridas con mucho exudado o sinusitis, o cuando hay infección. Hay dos tamaños disponibles en nuestro hospital y son autoadhesivos, lo que facilita su uso para varias zonas del cuerpo. Sin embargo, los bordes pueden curvarse o enrollarse; por eso los autores utilizan cinta microporosa como refuerzo. La frecuencia de cambio puede variar de 3 a 7 días, dependiendo de la cantidad de exudado y de las directrices de los fabricantes. Con el uso continuado

en pacientes seleccionados, los autores están seguros de que se conseguirá un resultado positivo que muestre beneficios similares.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

## FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación por este estudio.

## REFERENCIAS

1. Gray M, Black JM, Baharestani MM, Bliss DZ, Colwell JC, Goldberg M, Kennedy-Evans KL, Logan S, Ratliff CR. Moisture-associated skin damage: overview and pathophysiology. *J WOCN* 2011 May-Jun;38(3):233-41. doi:10.1097/WON.0b013e318215f798.
2. Yates A. Incontinence-associated dermatitis 1: risk factors for skin damage. *Nursing Times* 2020;116:3,46-50.
3. Ousey K, O'Connor L. Incontinence-associated dermatitis made easy. London: Wounds UK; 2017. Available from: [www.wounds-uk.com](http://www.wounds-uk.com)
4. Pitman. Stoma complications. In: Carmel JE, Colwell JC, Goldberg MT, editors. *Wound Ostomy and Continence Nurses Society core curriculum ostomy management*. China: Wolters Kluwer; 2016. p. 191-200.
5. Colwell JC, Ratcliff CR, Goldberg M, et al. MASD part 3: peristomal moisture-associated dermatitis and periwound moisture-associated dermatitis: a consensus. *J WOCN* 2011;38(5):541-53. 6. Chabal LO, Prentice JL, Ayello EA. Practice implications from the WCET® International Ostomy Guideline 2020. *Adv Skin Wound Care* 2021;34:293-300. doi:10.1097/01.ASW.0000742888.02025.d6
7. Beeckman D, Van den Bussche K, Alves P, Beele H, Ciprandi G, Coyer F, et al. The Ghent Global IAD Categorisation Tool (GLOBIAD). *Skin Integrity Research Group (SKINT)*, Ghent University; 2017. Available from: <https://users.ugent.be/~dibeeckm/globiadnl/nlv1.0.pdf>
8. Zulkowski K. Understanding moisture-associated skin damage, medical adhesive-related skin injuries, and skin tears. *Adv Skin Wound Care* 2017;30(8):372-38.
9. Ousey K, Cook L, Young T, Fowler A. Hydrocolloids in practice made easy. *Wounds UK* 2012;8(1):1-6.