

# Efectividad de cremas con zinc en úlceras venosas

Cristina Mata García\* y Agustín López-Espinosa Plaza\*\*

\*DUE Distrito Sanitario Málaga, \*\*DUE Hospital Regional de Málaga

## Resumen

Las úlceras vasculares venosas crónicas son un problema importante porque afectan a la calidad de vida de los pacientes. El objetivo es su curación. Tras cursos de formación y búsqueda bibliográfica, se implementa la aplicación de una crema barrera con zinc en una úlcera venosa muy exudativa de más de 10 años de evolución y que no mejoraba con apósitos primarios y venda de compresión. Comparando con un estudio con grupo control se llega a la conclusión de que, independientemente del apósito que se utilice, el uso de cremas con zinc junto con terapia de compresión mejora su cicatrización con excelentes resultados.

**Palabras clave:** cicatrización, óxido de zinc, terapia compresiva, úlcera venosa.

## Abstract:

Chronic venous vascular ulcers are an important problem because they affect to the quality of life of patients. The objective is healing. After training courses and bibliographic search, the application of a barrier cream with zinc is implemented in a venous ulcer very exudative during more than 10 years evolution and that did not improve with primary dressings and compression bandage. Comparing to a study with control group, it is concluded that, independently of the dressing used, the use of zinc creams plus compression therapy improves healing with excellent results.

**Keywords:** healing, zinc oxide, compression therapy, venous ulcer.

## Introducción

La piel de las personas con heridas crónicas necesita unos cuidados que muchas veces pasan desapercibidos para los propios pacientes, sus cuidadores e incluso los profesionales. Por ello podríamos decir que la piel es la gran olvidada en el manejo de las heridas crónicas.

La piel perilesional es el área que rodea a una herida. Aunque suele ser sana, en ocasiones puede ser frágil y por lo tanto, en riesgo de deterioro debido a diversos motivos (daño directo como resultado de la propia herida, funciones inmunológicas defectuosas, desequilibrio de fluidos a nivel cutáneo con exudación profusa y constante, ataque de microorganismos o daño ocasionado por los productos usados en la cura <sup>1</sup>.

Las úlceras vasculares constituyen un gran reto para los profesionales de enfermería, dado que su prevalencia oscila entre el 0,10% - 0,30%, su incidencia es entre 3 y 5 nuevos casos por mil personas y año. Estas cifras se duplican en segmentos de población mayores de 65 años. Destacando su alta tasa de cronicidad y recidiva, de las cuales entre el 40-50% permanecerán activas entre seis meses y un año, y un 10% alcanzarán hasta

los cinco años de evolución. Las de etiología venosa son las más frecuentes, entre un 75-80% <sup>2</sup>.

Las úlceras venosas (UV) están causadas por dos procesos: varices primarias (úlceras varicosas) y enfermedad posflebítica secundaria a trombosis venosa profunda (úlceras posflebíticas o posttrombóticas). Se estima que el 30-40% son consecuencias de venas varicosas superficiales de miembros inferiores. Las teorías más aceptadas sobre su origen la relacionan con una base preulcerosa de un proceso isquémico que desencadenaría una exudación de proteínas de alto peso molecular hacia el exterior de los vasos, acompañada de extravasación de hematíes. Las proteínas se organizarían, convirtiéndose en fibrina o bien, neutralizarían a otras proteínas. La hipertensión venosa provocaría un acúmulo de leucocitos y fenómenos de trombosis local de las vénulas <sup>3</sup>.

Las UV de la pierna se caracterizan por ser muy exudativas, lo que puede retrasar la curación, provocar maceración de la piel circundante y cronificarse. La cicatrización ocurre de los bordes hacia el centro de la herida, por migración celular <sup>4</sup>.

Las UV suponen un problema importante para los pacientes porque afecta a su calidad de vida en términos de capacidad para trabajar, autoestima y actividades de la vida diaria <sup>2</sup>.

Debemos utilizar un producto barrera que favorezca dicha epitelización<sup>5</sup>. La terapia de compresión contribuye a optimizar el equilibrio de humedad local reduciendo la producción de exudado y la maceración tisular, además garantiza una perfusión tisular adecuada mejorando el retorno venoso <sup>6</sup>.

Nuestro objetivo es la curación de las úlceras venosas crónicas. Queremos demostrar que las cremas barrera protectoras de la piel con óxido de zinc, junto con una adecuada terapia de compresión, tienen resultados excelentes de curación frente a la utilización exclusiva de apósitos primarios y vendaje de compresión.

### Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica en la base de datos ScienceDirect y PubMed, con palabras claves: cicatrización, óxido de zinc, terapia compresiva y úlcera venosa.

También se obtiene una adquisición de conocimientos a través de cursos de formación: "Atención y cuidado a las personas mayores" por la Sociedad de Geriátría y Gerontología <sup>3</sup> e "Infecciones de heridas crónicas" por Laboratorios Urgo.

Se implementa la aplicación de una crema barrera con zinc (Conveen Critic Barrier <sup>®</sup>) en una úlcera venosa muy exudativa de más de diez años de evolución y que no mejoraba con apósitos primarios y venda de compresión.

Para la muestra del estudio se realizan curas con crema con zinc en bordes de dos úlceras vasculares venosas crónicas (UVVC) supramaleolares izquierdas (externa e interna) muy exudativas con más de 10 años de evolución con un periodo comprendido del 1 de octubre 2018 al 8 de abril 2019. Se descarta la cura sin aplicación de óxido de zinc por ausencia de mejoría. Se compara resultado con un estudio con grupo control de Moreno-Eutimio 2018 <sup>5</sup>.

La frecuencia de la cura es lunes, miércoles y viernes, en el domicilio del paciente.

El procedimiento de la cura es el siguiente:

Limpieza con esponjilla jabonosa y suero salino con posterior secado con compresa estéril. Aplicación de solución Prontosan<sup>®</sup> durante 5 minutos (Fig.1). En perilesión se aplica crema con zinc (Conveen Critic Barrier <sup>®</sup>) (Fig.2) y crema hidratante en resto de piel. Apósito de carbón activado con plata (Actisorb Plus<sup>®</sup>) por mal olor (Fig.3). Venda de compresión (Dauerbinde<sup>®</sup>) (Fig.4).



Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4

### Resultados

Cuando abordamos este caso el paciente presentaba úlceras de difícil cicatrización, de 10 años de evolución, ya cronicadas. Al cambiar a este procedimiento de curas las úlceras evolucionaron positivamente en un intervalo de 6 meses. No pudimos seguir su total resolución por su ingreso en una residencia.

Según podemos observar en las fotos, hay una evolución claramente favorable de la cicatrización en ambos maléolos. El externo, el día 1/10/2019, tiene una superficie de extensión de 14 cm x 13 cm, presentando el día 8//4/2019 una reducción a 7 cm x 1.5 cm. El maléolo interno, el día 1/10/2019 presenta una extensión de 15 cm x 10 cm, presentando el día 8/4/2019 una reducción a 5 cm x 3.5 cm.



Maléolo externo (01/10/2018)



Maléolo externo (08/04/2019)



Maléolo interno (01/10/2018)



Maléolo interno (08/04/2018)

### Discusión

El exceso de humedad en los bordes de las UVVC dificulta la migración de células epiteliales. La utilización de crema barrera con zinc resistente al agua para la protección de la piel perilesional favorece su epitelización.

La selección de un apósito dependerá de sus características para facilitar la aplicación, la comodidad del paciente y la absorción del exudado de la herida.

Nuestros resultados son comparables al estudio publicado, lo que apoya a la hipótesis de que el uso de cremas con óxido de zinc junto con compresión venosa mejora la cicatrización de las UVVC con excelentes resultados.

### Conclusiones

El uso de cremas barrera con zinc favorece la epitelización de UVVC.

Una adecuada terapia de compresión reduce el exudado y favorece el retorno venoso, lo que ayuda a la cicatrización de las UVVC. No se recomienda la utilización exclusiva de apósitos primarios y se debe elegir el adecuado atendiendo a las diferentes características de cada herida.

### Bibliografía

1. Documento técnico Grupo Nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas (GNEUPP) nº III. Manejo local de las Úlceras y Heridas. 2ª ed. Nov 2018. Pag. 10.
2. Guía de Práctica Clínica. Consenso sobre Úlceras Vasculares y Pie Diabético de la Asociación Española de Enfermería Vascul y Heridas (AEEVH). 3ª edición. 2017.
3. Plataforma de formación de la Sociedad de Geriatria y Gerontología. Atención y cuidado a las personas mayores. 4ª ed. 2019. Mod. 2. Pag. 11.
4. O'Donnell, Jr; Thomas, F; Passman, Marc A. Management of venous leg ulcers: Clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum, Journal of Vascular Surgery. August 2014; 60(2).
5. Moreno-Eutimio, MA; Espinosa-Monroy, L; Orozco-Amaro, T. Mejora de la curación y los efectos antiinflamatorios de un polímero de carbohidratos con óxido de zinc en pacientes con úlceras venosas crónicas: resultados preliminares. Med Sci. Marzo 2018; 14 (2): 336-344.
6. Lurie, Fedor; Bittar, Samir; Kasper, Gregory. Optimal Compression Therapy and Wound Care for Venous Ulcers. Surgical Clinics of North America. April 2018; 98(2):349-360.