

## CUIDADOS PALIATIVOS Y DE HOSPICIO DE HERIDAS

Los pacientes con enfermedades que limitan la vida experimentan el fallo de uno o más sistemas orgánicos principales. La piel es el órgano más grande del cuerpo y también puede fallar. Como resultado, las heridas pueden no seguir la trayectoria habitual de cicatrización. El cuidado de una herida abierta presenta retos únicos en los cuidados paliativos. Una perfusión y oxigenación inadecuadas de los tejidos, una humedad excesiva de la piel, la inmovilidad debida al dolor, un sistema inmunitario comprometido y una nutrición deficiente son factores que pueden afectar la cicatrización de las heridas, contribuir a la pérdida de integridad de la piel y causar un deterioro progresivo de la herida.

Los tipos de heridas más frecuentes en los cuidados paliativos y de hospicio son las úlceras por presión, los tumores fungiformes, las úlceras de las extremidades inferiores, las lesiones cutáneas asociadas a la humedad y los desgarros cutáneos. El cierre de la herida puede lograrse si se corrigen la etiología subyacente y las barreras a la cicatrización. La comodidad, la autoestima, las preferencias del paciente y la calidad de vida en general siguen siendo los objetivos principales.<sup>1</sup>

### **Evaluación de heridas**

Para los pacientes con heridas existentes, realice una evaluación de la herida al ingreso, semanalmente y si el estado del paciente se deteriora. Las observaciones clínicas clave incluyen:

- Etiología
- Ubicación anatómica
- Tamaño (longitud, anchura y profundidad)
- Tipo y cantidad de exudado
- Tipo y cantidad de tejido necrótico
- Extensión de la socavación y de la tunelización
- Cantidad y calidad del tejido de granulación y epitelial
- Estado de la piel perilesional
- Olor de la herida
- Dolor relacionado con la herida

Las imágenes de la herida pueden complementar su documentación del estado de la herida. Las fotografías de la herida ayudan a documentar el progreso o la falta de progreso hacia el resultado deseado. No deben tomarse fotografías de las heridas si su organización no cuenta con políticas y protocolos regidos por la HIPAA que las respalden.

Si un paciente presenta una úlcera por presión (las úlceras por presión constituyen más del 50 % de las heridas que se encuentran al final de la vida), se recomienda utilizar las directrices de National Pressure Injury Advisory Panel para evaluar el estadio de la úlcera.<sup>2</sup> Tenga en cuenta que, aunque el panel haya cambiado su terminología a “lesión por presión”, la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), 10.<sup>a</sup> revisión, y otra documentación obligatoria (por ejemplo, el Conjunto Mínimo de Datos) siguen utilizando el término “úlcera por presión”.

El dolor relacionado con la presión puede variar de leve a intenso y puede ser cíclico o constante. Los pacientes suelen describir la isquemia temprana sobre una prominencia ósea como “una sensación sensible, de quemazón”. El número de descriptores utilizados para comunicar el dolor relacionado con la presión tiende a aumentar con la gravedad de la lesión.<sup>3,4</sup> Además, hay que tener en cuenta que las úlceras por presión de estadio I y las lesiones de tejidos profundos se presentan de forma diferente y son más difíciles de diferenciar en la piel de pigmentación oscura.

La localización, la forma y el contenido de humedad de las heridas de las extremidades inferiores ayudan a determinar la etiología subyacente. Por lo general, las úlceras asociadas a la enfermedad arterial periférica o la diabetes presentan un drenaje mínimo, tienen márgenes bien definidos y afectan a zonas de traumatismo en los pies o los tobillos. Por otro lado, las úlceras venosas tienden a presentar un drenaje de moderado a abundante, tienen márgenes difusos o irregulares y se producen en la zona de la polaina (calcetín) de la pierna.<sup>5</sup>

Puede producirse un rápido deterioro de las heridas o la aparición repentina de nuevas heridas como consecuencia de los “cambios cutáneos al final de la vida” (SCALE, por sus siglas en inglés). Los SCALE se deben a que la sangre se desvía de la piel para perfundir los órganos vitales. El eritema oscuro, la decoloración moteada y la frialdad de la piel a la palpación son signos de que la piel está fallando. Con el tiempo se producen infartos y gangrena, que dan lugar a heridas inevitables causadas por la isquemia progresiva. La úlcera terminal de Kennedy es un ejemplo de úlcera por presión SCALE inevitable.<sup>6,7</sup>

## INTERVENCIONES

En general, las heridas pueden dividirse en tres categorías para ayudar a determinar el potencial de cicatrización de un paciente:<sup>8</sup>

- Curable: la herida tiene un buen riego sanguíneo y puede abordarse la etiología subyacente.
- Mantenimiento: la herida tiene potencial de cicatrización, pero existen barreras que comprometen la curación.
- No curable: la herida no puede cicatrizar debido a la etiología, a factores que retrasan la cicatrización o a comorbilidades que no pueden tratarse.

Abordar cada herida en cuidados paliativos pensando en la posibilidad de curación. Si el potencial de cicatrización es cuestionable, considere la posibilidad de realizar un ensayo de “intención de tratar” de dos a cuatro semanas y controle la evolución de la herida. Si la herida no se puede cicatrizar o no responde al tratamiento, el tratamiento de los síntomas debe tener siempre prioridad sobre procedimientos dolorosos como el desbridamiento agresivo y la limpieza. La documentación sobre el potencial de cicatrización o las razones por las que una herida no cicatriza es fundamental, en especial cuando el deterioro de la herida es inevitable debido al estado general del paciente. Otra intervención importante es considerar las superficies de apoyo adecuadas para la descarga y el posicionamiento para reducir las fuerzas de fricción y para la prevención y el tratamiento de las lesiones por presión. El algoritmo de superficie de apoyo de Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (<http://algorithm.wocn.org/#home>) puede descargarse en un dispositivo móvil.<sup>8</sup> Eduque a pacientes y familiares sobre por qué una herida puede cicatrizar o no, ajuste la terapia a los objetivos y documente la educación y los objetivos de los cuidados.

Síntoma	Objetivos	Opciones de intervención
Escara seca y adherente <sup>9</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener una escara cerrada y estable</li> <li>• Evitar las molestias y complicaciones de una herida abierta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Povidona iodada al 10 % tópica</li> <li>• Dejar al aire</li> <li>• Apósito de gasa seca</li> <li>• Evitar el contacto con la humedad</li> </ul>

Síntoma	Objetivos	Opciones de intervención
Escara húmeda y separadora y esfacelos blandos <sup>4</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desbridamiento no agresivo</li> <li>Controlar los síntomas locales de infección</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apósito para favorecer el desbridamiento autolítico (hidrogel, alginato, hidrofibra, espuma o hidrocoloide)</li> <li>Desbridamiento enzimático o por larvas si es factible</li> <li>Apósito tópico antimicrobiano o bacteriostático para controlar la infección*</li> </ul>
Tejido de granulación seco y fibrótico	<ul style="list-style-type: none"> <li>Añadir humedad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apósito de hidrogel</li> <li>Gasa impregnada de pomada</li> </ul>
Dolor <sup>1,3,4,10,11</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promover la comodidad</li> <li>Mejorar la calidad de vida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apósito no adherente</li> <li>Polvo tópico RGN107</li> <li>Apósito de espuma de ibuprofeno</li> <li>Opioides tópicos o anestésicos</li> <li>Láminas de hidrogel en el refrigerador</li> </ul>
Hemorragia excesiva <sup>1,4,11</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Controlar las hemorragias durante los cambios de apósito</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Humedecer el apósito antes de retirarlo</li> <li>Limpieza o irrigación suave</li> <li>Presión (10-15 minutos)</li> <li>Apósito de alginato</li> <li>Capa de contacto no adherente</li> <li>Polvo tópico RGN107</li> </ul>

Síntoma	Objetivos	Opciones de intervención
Hemorragia excesiva <sup>1,4,11</sup> (cont.)		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agente hemostático tópico                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Barritas de nitrato de plata o solución al 10 %</li> <li>◦ Epinefrina (solución 1:1000)</li> <li>◦ Coagulante</li> <li>◦ Afrin (uso fuera de lo que se indica en la etiqueta)</li> </ul> </li> <li>• Toallas oscuras para calmar la ansiedad</li> </ul>
Mal olor <sup>1,4,10,11</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducir la carga bacteriana anaeróbica y gramnegativa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Metronidazol tópico (puede triturar el comprimido)</li> <li>• Carbón activado, carbón, espuma de plata o apósito de miel</li> <li>• Solución de Dakin al 0.25 %</li> <li>• Controlar el olor ambiental (carbón activado, arena para gatos, vinagre, vainilla, granos de café, vela encendida, etc.)</li> </ul>
Exudado excesivo <sup>1,4,10</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminuir la frecuencia de los cambios de apósito</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apósito de alginato, hidrofibra, espuma o polímero superabsorbente</li> <li>• Proteger la piel perilesional de la maceración</li> <li>• Considere el uso de pañales para bebés o pañales para adultos si la superficie es grande</li> <li>• Apósito tópico antimicrobiano o bacteriostático para controlar la infección*</li> </ul>

\* Los apósitos avanzados suelen ofrecer una opción de categoría de producto bacteriostático.

## APOYO A PACIENTES Y FAMILIARES

- Colaborar con el paciente y su familia para establecer objetivos realistas para el cuidado de las heridas.
- Educar al paciente y a la familia sobre lo siguiente:
  - ▶ La importancia de descargar la presión y minimizar la fricción o cizallamiento.
  - ▶ Cómo y cuándo realizar un cambio de apósito.
  - ▶ Criterios de notificación para el apoyo clínico.
- Prepare al paciente y a la familia con antelación si se espera una hemorragia excesiva durante los cambios de apósito.
- Asegúrese de que los analgésicos orales tengan tiempo de alcanzar un nivel terapéutico antes del cambio de apósito.
- Considere la necesidad de derivaciones interprofesionales para apoyo nutricional, movilización y asistencia en las actividades de la vida diaria para optimizar el potencial de curación.

## EJEMPLO DE DOCUMENTACIÓN DE SÍNTOMAS

**Paciente de 79 años con antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)** que recibe cuidados paliativos por fatiga grave tras el tratamiento de una infección de las vías respiratorias altas. El estado del paciente ha empeorado progresivamente en las últimas semanas debido a la progresión de la enfermedad EPOC en fase terminal. La ingesta nutricional es inadecuada a pesar de los intentos del cónyuge de ofrecer pequeñas comidas y suplementos orales. El paciente acude a la consulta con una úlcera por presión sacra no estadificable. Hay una cantidad moderada de drenaje purulento con mal olor. Se irrigó la herida con suero fisiológico y se aplicó un apósito de alginato de carbón activado. El cónyuge pudo hacer una demostración de vuelta del procedimiento de vendaje y recordar el plan de tratamiento de heridas a domicilio. Se revisó el posicionamiento adecuado para descargar el sacro tanto como sea posible y, al mismo tiempo, mantener la comodidad del paciente. Se debatió con la familia y el prescriptor la expectativa de un empeoramiento continuado con un deterioro inevitable de la herida, y se acordó un enfoque conservador para el tratamiento de los síntomas.

## RESULTADOS DE ENFERMERÍA DESEADOS

- Mejorar la calidad de vida del paciente y su familia adoptando un enfoque holístico del cuidado de las heridas basado en el potencial de cicatrización.

- Aliviar el dolor y el sufrimiento y mejorar la calidad de vida cuando una herida ya no responde al tratamiento curativo.
- La familia verbaliza que el olor de la herida es menos perceptible y que pueden realizar el vendaje de la herida junto a la cama en la siguiente consulta de enfermería.

## REFERENCIAS

1. Woo KY, Krasner DL, Kennedy B., Wardle D., Moir O. *Palliative wound care management strategies for palliative patients and their circles of care (Estrategias de gestión de cuidados paliativos de heridas para pacientes bajo cuidados paliativos y sus ciclos de atención)* *Advances in Skin & Wound Care (Avances en el cuidado de la piel y las heridas)*. 2015;28(11):130-140.
2. Edsberg LE, Black JM, Goldberg M., McNichol L., Moore L., Sieggreen M. *Revised NPUAP Pressure Injury Staging System (Sistema de estadio de lesión por presión de NPUAP revisado)*. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing (Revista de Enfermería de Heridas, Ostomías y Continencia)*. 2016;43(6):585-597.
3. Girouard K, Harrison MB, VanDenKerkof E. *The symptom of pain with pressure ulcers: a review of the literature (El síntoma del dolor con las úlceras por presión: una revisión de literatura)*. *Ostomy-Wound Management (Tratamiento de las heridas de ostomía)*. 2008;54(5):30-42.
4. Langemo DK, Black J., National Pressure Ulcer Advisory Panel. *Pressure ulcers in individuals receiving palliative care: a National Pressure Ulcer Advisory Panel white paper (Úlceras por presión en personas que reciben cuidados paliativos: un artículo técnico del National Pressure Ulcer Advisory Panel)*. *Advances in Skin & Wound Care (Avances en el cuidado de la piel y las heridas)*. 2010;23(2):59-72.
5. Hess CT. *Lower-extremity wound checklist (Lista de verificación de heridas en extremidades inferiores)*. *Advances in Skin & Wound Care (Avances en el cuidado de la piel y las heridas)*. 2011;24(3):144.
6. Sibbald RG, Krasner DL, Lutz J. *SCALE: final consensus statement (SCALE: declaración final de consenso)*. *Advances in Skin & Wound Care (Avances en el cuidado de la piel y las heridas)*. 2010;23(5):225-236.
7. Ayello EA, Jeffrey L., Langemo D., et al. *Reexamining the literature on terminal ulcers, SCALE, skin failure, and unavoidable pressure injuries (Reexamen de la literatura sobre úlceras terminales, SCALE, fallo cutáneo y lesiones por presión inevitables)*. *Advances in Skin & Wound Care (Avances en el cuidado de la piel y las heridas)*. 2019;32(3):109-121. doi: 10.1097/01.ASW.0000553112.55505.5f.
8. McNichol L., Mackey D., Watts C., et al. *Choosing a support surface for pressure injury prevention and treatment (Elección de una superficie de apoyo para la prevención y el tratamiento de las lesiones por presión)*. *Nursing (Enfermería)*. 2020;50(2):41-44. doi: 10.1097/01.NURSE.0000651620.87023.d5.
9. Kelechi TJ, Prentice M., Madisetti M., Brunette G., Mueller M. *Palliative care in the management of pain, odor, and exudate at the end of life (Cuidados paliativos en la gestión del dolor, olor y exudado al final de*

*la vida*). *Journal of Hospice & Palliative Nursing (Revista de Enfermería de Cuidados Paliativos y de Hospicio)*. 2017;19(1):17-25.

10. Sibbald RG, Elliot JA, Ayello EA, Somayaji R. Optimizing the moisture management tightrope with wound bed preparation 2015. *Advances in Skin & Wound Care (Avances en el cuidado de la piel y las heridas)*. 2015;28(10):466-476.
11. Graves ML, Sun V. *Providing quality wound care at the end of life (Brindar cuidados de calidad para heridas al final de la vida)*. *Journal of Hospice & Palliative Nursing (Revista de Enfermería de Cuidados Paliativos y de Hospicio)*. 2013;15(2):66-74.

# ESTADIO NPIAP PARA PIELES LIGERAMENTE PIGMENTADAS



## LESIÓN POR PRESIÓN EN ESTADIO 1: ERITEMA NO BLANQUEABLE DE LA PIEL INTACTA

Piel intacta con una zona localizada de eritema no blanqueable, que puede aparecer de forma diferente en pieles pigmentadas oscuras. La presencia de eritema blanqueable o cambios de sensibilidad, temperatura o firmeza pueden preceder a los cambios visuales. Los cambios de color no incluyen la decoloración púrpura o granate; estos pueden indicar una lesión por presión de los tejidos profundos.



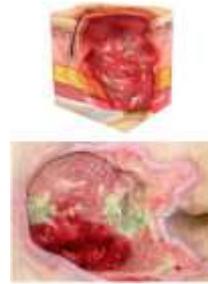
## LESIÓN POR PRESIÓN EN ESTADIO 2: PÉRDIDA DE LA PIEL DE ESPESOR PARCIAL CON DERMIS EXPUESTA

Pérdida de la piel de espesor parcial con dermis expuesta. El lecho de la herida es viable, rosado o rojo, húmedo, y también puede presentarse como una ampolla intacta o rota llena de suero. La adiposidad (grasa) no es visible y los tejidos más profundos tampoco. No hay tejido de granulación, esfacelos ni escaras. Estas lesiones suelen ser el resultado de un microclima adverso y del cizallamiento de la piel sobre la pelvis y del cizallamiento del talón.



## LESIÓN POR PRESIÓN EN ESTADIO 3: PÉRDIDA DE LA PIEL DE ESPESOR TOTAL

Pérdida de la piel de espesor total, en la que la adiposidad (grasa) es visible en la úlcera y el tejido de granulación y la epifisis (bordes enrollados de la herida) suelen estar presentes. Los esfacelos o las escaras pueden ser visibles. La profundidad del daño tisular varía según la localización anatómica; las zonas de adiposidad significativa pueden desarrollar heridas profundas. Pueden producirse heridas profundas. Pueden producirse socavones y túneles. La fascia, el músculo, el tendón, el ligamento, el cartílago o el hueso no están expuestos. Si la escara oculta la extensión de la pérdida de tejido, se trata de una lesión por presión no estadificable.



## LESIÓN POR PRESIÓN EN ESTADIO 4: PÉRDIDA DE LA PIEL Y TEJIDO DE ESPESOR TOTAL

Pérdida de piel y tejido en todo su espesor con fascia, músculo, tendón, ligamento, cartílago o hueso expuestos o directamente palpables en la úlcera. Los esfacelos o las escaras pueden ser visibles. A menudo se producen epíbolos (bordes enrollados), socavación o tunelización. La profundidad varía según la localización anatómica. Si la escara oculta la extensión de la pérdida de tejido, se trata de una lesión por presión no estadificable.



## LESIÓN POR PRESIÓN NO EVOLUTIVA: PÉRDIDA OCULTA DE PIEL Y TEJIDO DE ESPESOR TOTAL

Pérdida de piel y tejido de espesor total en la que no puede confirmarse el alcance del daño tisular dentro de la úlcera porque está oculto por esfacelos o escaras. Si se retira la escara, se revelará una lesión por presión de estadio 3 o 4. Las escaras estables (es decir, secas, adherentes, intactas, sin eritema ni fluctuaciones) en una extremidad isquémica o los talones no deben reblandecerse ni retirarse.



## LESIÓN POR PRESIÓN DEL TEJIDO PROFUNDO: DECOLORACIÓN PERSISTENTE NO BLANQUEABLE DE COLOR ROJO INTENSO, GRANATE O PÚRPURA

Piel intacta o no intacta con zona localizada de decoloración persistente no blanqueable de color rojo intenso, granate, púrpura o separación epidérmica que revela un lecho de herida oscuro o una ampolla llena de sangre. El dolor y los cambios de temperatura suelen preceder a los cambios de color de la piel. La decoloración puede aparecer de forma diferente en pieles con pigmentación oscura. Esta lesión es el resultado de una presión intensa o prolongada y de fuerzas de cizallamiento en la interfaz hueso-músculo.

Una lesión por presión es un daño localizado en la piel y los tejidos blandos subyacentes, generalmente sobre una prominencia ósea o relacionada con un dispositivo médico o de otro tipo. La lesión puede presentarse como piel intacta o una úlcera abierta y puede ser dolorosa. La lesión se produce como resultado de una presión intensa o prolongada o de una presión combinada con cizallamiento. La tolerancia de los tejidos blandos a la presión y al cizallamiento también puede verse afectada por el microclima, la nutrición, la perfusión, las comorbilidades y el estado de los tejidos blandos.

# ESTADIFICACIÓN NPIAP PARA PIELES PIGMENTADAS OSCURAS

					
<p><b>LESIÓN POR PRESIÓN EN ESTADIO 1: ERITEMA NO BLANQUEABLE DE LA PIEL INTACTA</b></p> <p>Piel intacta con una zona localizada de eritema no blanqueable, que puede aparecer de forma diferente en pieles pigmentadas oscuras. La presencia de eritema blanqueable o cambios de sensibilidad, temperatura o firmeza pueden preceder a los cambios visuales. Los cambios de color no incluyen la decoloración púrpura o granate; estos pueden indicar una lesión por presión de los tejidos profundos.</p>	<p><b>LESIÓN POR PRESIÓN EN ESTADIO 2: PÉRDIDA DE LA PIEL DE ESPESOR PARCIAL CON DERMIS EXPUESTA</b></p> <p>Pérdida de la piel de espesor parcial con dermis expuesta. El lecho de la herida es viable, rosado o rojo, húmedo, y también puede presentarse como una ampolla intacta o rota llena de suero. La adiposidad (grasa) no es visible y los tejidos más profundos tampoco. No hay tejido de granulación, esfacelos ni escaras. Estas lesiones suelen ser el resultado de un microclima adverso y del cizallamiento de la piel sobre la pelvis y del cizallamiento del talón.</p>	<p><b>LESIÓN POR PRESIÓN EN ESTADIO 3: PÉRDIDA DE LA PIEL DE ESPESOR TOTAL</b></p> <p>Pérdida de la piel de espesor total, en la que la adiposidad (grasa) es visible en la úlcera y el tejido de granulación y la epifisis (bordes enrollados de la herida) suelen estar presentes. Los esfacelos o las escaras pueden ser visibles. La profundidad del daño tisular varía según la localización anatómica; las zonas de adiposidad significativa pueden desarrollar heridas profundas. Pueden producirse socavones y túneles. La fascia, el músculo, el tendón, el ligamento, el cartílago o el hueso no están expuestos. Si la escara oculta la extensión de la pérdida de tejido, se trata de una lesión por presión no estadificable.</p>	<p><b>LESIÓN POR PRESIÓN EN ESTADIO 4: PÉRDIDA DE LA PIEL Y TEJIDO DE ESPESOR TOTAL</b></p> <p>Pérdida de piel y tejido en todo su espesor con fascia, músculo, tendón, ligamento, cartílago o hueso expuestos o directamente palpables en la úlcera. Los esfacelos o las escaras pueden ser visibles. A menudo se producen epíbolos (bordes enrollados), socavación o tunelización. La profundidad varía según la localización anatómica. Si la escara oculta la extensión de la pérdida de tejido, se trata de una lesión por presión no estadificable.</p>	<p><b>LESIÓN POR PRESIÓN NO EVOLUTIVA: PÉRDIDA OCULTA DE PIEL Y TEJIDO DE ESPESOR TOTAL</b></p> <p>Pérdida de piel y tejido de espesor total en la que no puede confirmarse el alcance del daño tisular dentro de la úlcera porque está oculto por esfacelos o escaras. Si se retira la escara, se revelará una lesión por presión de estadio 3 o 4. Las escaras estables (es decir, secas, adherentes, intactas, sin eritema ni fluctuaciones) en una extremidad isquémica o los talones no deben reblandecerse ni retirarse.</p>	<p><b>LESIÓN POR PRESIÓN DEL TEJIDO PROFUNDO: DECOLORACIÓN PERSISTENTE NO BLANQUEABLE DE COLOR ROJO INTENSO, GRANATE O PÚRPURA</b></p> <p>Piel intacta o no intacta con zona localizada de decoloración persistente no blanqueable de color rojo intenso, granate, púrpura o separación epidérmica que revela un lecho de herida oscuro o una ampolla llena de sangre. El dolor y los cambios de temperatura suelen preceder a los cambios de color de la piel. La decoloración puede aparecer de forma diferente en pieles con pigmentación oscura. Esta lesión es el resultado de una presión intensa o prolongada y de fuerzas de cizallamiento en la interfaz hueso-músculo.</p>

## CONSEJOS PARA LA ESTADIFICACIÓN DE LA PIEL PIGMENTADA OSCURA

- Humedecer la piel
- Inspeccionar los cambios de pigmentación
- Palpar en busca de edema
- Preguntar por el dolor en la zona
- Evitar la luz directa