

- *Las antiestéticas ojeras: ¿antes guapa que sencilla?*
- *Aproximación a la clínica, diagnóstico y manejo de la urticaria.*
- *Tratamientos que mejoran la calidad de vida en pacientes con hiperhidrosis: revisión exploratoria.*
- *¿Las enfermedades de la piel son más comunes en personas con trastornos de personalidad?*
- *Impacto de costo efectividad en la cura avanzada versus cura tradicional en úlcera venosa.*
- *Herida compleja y cierre por segunda intención. ¿La terapia de presión negativa es buena opción?*
- *“Escritorio virtual del paciente”, una selección de recursos Web de salud fiables y seguros para prescribir a nuestros pacientes.*
- *Comunicaciones orales y póster. XIV Congreso Nacional de Enfermería Dermatológica.*
- *Resumen XIV Congreso Nacional de Enfermería Dermatológica.*

EDITA:



número

32

año 11. septiembre-diciembre 2017



ISSN-e: 2386-4818



LAS ANTIESTÉTICAS OJERAS: ¿ANTES GUAPA QUE SENCILLA?

THE UNSIGHTLY DARK CIRCLES: BEFORE BEAUTIFUL RATHER THAN SIMPLE?

Autores: José María Rumbo Prieto ^(1,2)

(1) PhD, MSc, RN. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Servizo Galego de Saúde (Sergas).
(2) Grupo de investigación: Integridad y cuidados de la piel. Universidad Católica de Valencia.

Contacto: jmrumbo@gmail.com

Fecha de recepción: 11/12/2017

Fecha de aceptación: 30/12/2017

EDITORIAL

Poéticamente dicen que “las ojeras tienen muchas historias que contar”, que son “ideas acumuladas bajos los ojos”, hay quien piensa que expresan “experiencia” o “largas horas de insomnio y aprendizaje”; pero en la lejana realidad de lo cotidiano suelen denotar cierto cansancio físico, psíquico y emocional; son el reflejo de que has visto demasiado, un exceso de actividad, de recuerdos sedimentados o de sueños; y a veces, son consecuencia de la combinación genética de los seres humanos.

La zona del contorno de los ojos es una región facial constituida por 22 músculos periorbitales que están en continuo movimiento debido al pestañeo, la gesticulación mímica y a los movimientos de acomodación y enfoque visual^(1,2). Se encuentra protegida por una capa muy delgada de piel de apenas 0,004 mm de espesor medio (300-800 micras), con muy pocas glándulas sebáceas y una baja dotación de fibras de colágeno y de elastina, la cual hace que la fina piel se distienda muy fácilmente⁽²⁾.

La formación de ojeras origina una alteración de la coloración de la piel (hiperpigmentación) o una translucidez, generalmente debajo de los párpados, debido a una producción excesiva de melanina y a la dilatación de los capilares próximos a la superficie de la piel⁽²⁾ (imagen 1).



Imagen 1. Localización anatómica de las ojeras.
(fuente: “ojeras” <http://docmanuel.blogspot.com.es>)

Las ojeras suelen afectar a hombres y mujeres por igual y es más común en individuos con tez oscura, personas extremadamente delgadas, personas ancianas y algunas etnias como los asiáticos⁽³⁾. También se ha identificado una forma clínica familiar específica, que generalmente comienza durante la infancia-adolescencia en los párpados inferiores y progresa con la edad para afectar a toda el área periorbital⁽⁴⁾.

Desde el enfoque de la dermatología y la dermato-cosmética, las ojeras o círculos oscuros alrededor de los ojos, son definidas como hiper Cromía idiopática cutánea de la región orbitaria (anillo orbitario), o también hiperpigmentación periorbitaria, melanoses periorbital o hiperpigmentación infraorbital.

Es por tanto una hiperchromía adquirida periocular, bastante común en personas sanas⁽³⁾.

El término hiperchromía procede del griego *hyper* (por encima, más allá) y *chroma* (color). La hiperpigmentación alrededor de la piel orbitaria es típicamente bilateral y de un tono color marrón claro a oscuro (a veces violáceo), que puede extenderse a las regiones de la nariz y glabella superior (entrecejo). Puede estar presente en los párpados superior, inferior o ambos. Histológicamente, en las ojeras hay un aumento en la melanina y la hemoglobina dérmica en la zona orbitaria⁽⁵⁻⁷⁾.

La causa de las ojeras es multifactorial. Entre los factores dermatológicos endógenos que contribuyen a su aparición están la pigmentación genética o constitucional; la melanocitosis dérmica; la hiperpigmentación postinflamatoria; el edema periorbital; la excesiva vascularización subcutánea; el tener la piel delgada y translúcida el párpado inferior que recubre el músculo orbicular del ojo; o un efecto de sombra debido a la laxitud de la piel y prominente lágrima^(3,8,9).

También hay otras causas exógenas como la exposición excesiva al sol, como efecto adverso de las drogas y algunos fármacos (cloroquinina, bimatoprost)⁽²⁾; así como infecciones oculares como la uveítis, causas hormonales como el hipertiroidismo e inmunológicas como la dermatitis atópica^(2,7), o la vejez de la propia piel.

Actualmente, el tratamiento de las ojeras es un gran reto debido a su naturaleza crónica, persistente y recidivante. Suele ser un tema rodeado de polémica, al estar influido por intereses comerciales y publicitarios que dan al ámbito dermatológico un halo de pseudociencia, al no estar siempre sus recomendaciones basadas en evidencias contrastables.

Es por ello que todavía no existen terapias de eficacia comprobada para evitar o tratar las ojeras⁽¹⁰⁾. El enfoque del manejo de las ojeras se reduce al enmascaramiento o minimización de los efectos que producen los factores provocadores^(imagen 2). Es decir, al cuidados ocular y facial mediante la aplicación de productos hidratantes, fotoprotección solar, camuflaje cosmético y una variedad de agentes aclaradores tópicos para reducir la hiperpigmentación postinflamatoria, siendo los remedios más utilizados para intentar disimularlas, pero no para curarlas.



Imagen 2. Remedio casero contra las ojeras. (fuente: <http://cienporcienguapa.com>)

La bibliografía más reciente ha demostrado que todos los agentes tópicos para aclarar la piel^(11,12), los peelings químicos^(13,14), los láseres⁽¹⁵⁻¹⁷⁾, la luz LED^(18,19), el trasplante de grasa autóloga⁽²⁰⁾, los injertos de grasa con y sin blefaroplastia⁽²¹⁾, la carboxiterapia⁽¹⁰⁾, las microcorrientes⁽²²⁾ y los rellenos dérmicos⁽²³⁾; no sirven de mucho, aunque dan resultados alentadores, pero ninguno ha proporcionado un tratamiento satisfactorio a largo plazo.

Por mi parte, yo aconsejo dormir y alimentarse adecuadamente para atenuarlas, y ante la falta de revisiones sistemáticas y ensayos clínicos que nos proporcionen la suficiente evidencia para recomendar un producto o terapia para las “anti-estéticas” ojeras, os puedo añadir el leer unos fragmentos de narrativa parafraseada (las ojeras han inspirado poesía y narrativa desde tiempos inmemoriales), en los que seguro vamos a encontrar motivos para reflexionar y sentirnos menos vanidosos con el canon de belleza que se le aplican a las ojeras (“antes muerta que sencilla”, como decía la famosa canción de María Isabel)⁽²⁴⁾. Siempre será mejor observar la naturaleza imperfecta y maravillosa que es ver nuestras ojeras al mirarnos al espejo, sin alterar nuestra realidad con productos o tratamientos para la piel de dudosa efectividad, poniendo en peligro nuestra salud.

“(...) Tus ojeras son tu propia vida acumulada en imágenes, los posos que no consiguieron pasar el filtro de las córneas y sedimentaron formando esas bolsas oscuras. Imágenes gruesas no asimiladas. Recuerdos residuales que aseveran tu rostro.

Tus ojeras demuestran que a lo largo de tu vida has visto demasiado. Y no hay corrector que valga: es maquillaje. Sólo eso.

Tal vez si pincharas con un alfiler esas bolsas saldrían los posos, ya líquidos, de aquellas imágenes que tanto tiempo llevas arrastrando (...).

Pero ten cuidado: no pinches demasiado profundo. Si el alfiler atravesara el ancho de tus ojeras también saldría líquido por dentro, un líquido corrosivo que te abrasaría las entrañas.

Así que mejor será tenerlo acumulado ahí, bajo los ojos, que no por todo el cuerpo, ¿verdad? No vaya a ser que te falle el pulso con la aguja y la jodamos.

Mejor será que aprendas a vivir con tu pasado. Las ojeras bien llevadas dignifican. Son experiencia. A saber: Los niños no tienen ojeras. Los ciegos de corazón, tampoco [los psicópatas] (...).

Por eso sólo puedo fiarme de los que, como tú, tenéis ojeras. Cuanto más abultadas, mejor. Eso significa que os remueve la conciencia. Tenéis conciencia.”

(Daniel Díaz; Blog “Ni libre ni ocupado”; 2010)⁽²⁵⁾

BIBLIOGRAFÍA

- Garrote A, Bonet R. Belleza y cuidado de los ojos Tratamiento de los problemas estéticos de la zona ocular. OFFARM.2006;25(11):50-4.
- Allevato MA. Ojeras. Act Terap Dermatol 2007;(30):202-9.
- Sarkar R. Idiopathic cutaneous hyperchromia at the orbital region or periorbital hyperpigmentation. J Cutan Aesthet Surg.2012;(5):183-4.
- Goodman RM, Belcher RW. Periorbital hyperpigmentation. An overlooked genetic disorder of pigmentation. Arch Dermatol.1969;100(2):169-74.
- Graziosi AC, Quaresma MR, Michalany NS, Ferreira LM. Cutaneous idiopathic hyperchromia of the orbital region (CIHOR): a histopathological study. Aesthetic Plast Surg.2013;37(2):434-8.
- Watanabe S, Nakai K, Ohnishi T. Condition known as «dark rings under the eyes» in the Japanese population is a kind of dermal melanocytosis which can be successfully treated by Q-switched ruby laser. Dermatol Surg.2006;32(6):785-789.
- Malakar S, Lahiri K, Banerjee U, Mondal S, Sarangi S. Periorbital melanosis is an extension of pigmentary demarcation line-F on face. Indian J Dermatol Venereol Leprol.2007;73(5):323-5.
- Roh MR, Chung KY. Infraorbital dark circles: definition, causes, and treatment options. Dermatol Surg.2009;(35):1163-71.
- Ranu H, Thng S, Goh BK, Burger A, Goh CL. Periorbital hyperpigmentation in Asians: an epidemiologic study and a proposed classification. Dermatol Surg.2011;37(9):1297-303.
- Oliveira GA, Paiva AR. Causas e tratamento da hiperpigmentação periorbital. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba.2016;18(3):133-9.
- Jiménez Delgado J, Madrigal Rojas J, Salazar Barrantes S. Tratamiento con Manzanilla (Matricaria chamomilla), para reducción de las ojeras. Revista Médica de la Universidad de Costa Rica. 2009;3(1):1-5.
- Díaz N, Fariño G, Villalta M, Durán S, Vizcaino S, Moncayo-Valencia C, et al. Efectividad de los procedimientos estéticos en el tratamiento de ojeras y bolsas palpebrales. Reporte de caso. Revista MedPre. ;1(2):81-6.
- Vavouli C, Katsambas A, Gregoriou S, Teodor A, Salavastru C, Alexandru A, et al. Chemical peeling with trichloroacetic acid and lactic acid for infraorbital dark circles. J Cosmet Dermatol. ;12(3):204-9.
- Souza DC de M, Ludtke C, Souza ER de M, Rocha NW, Weber MB, Manzoni APD, et al. Comparação entre ácido tioglicólico 2.5%, hidroquinona 2%, haloxyl 2% e peeling de ácido glicólico 10% no tratamento da hiperpigmentação periorbital. Surgical & Cosmetic Dermatology. 2013;5(1):46-51.
- Momosawa A, Kurita M, Ozaki M, Miyamoto S, Kobayashi Y, Ban I, et al. Combined therapy using Q-switched ruby laser and bleaching treatment with tretinoin and hydroquinone for periorbital skin hyperpigmentation in Asians. Plast Reconstr Surg.2008;121(1):282-8.
- Xu T-H, Yang Z-H, Li Y-H, Chen JZ, Guo S, Wu Y, et al. Treatment of infraorbital dark circles using a low-fluence Q-switched 1,064-nm laser. Dermatol Surg.2011;37(6):797-803.
- Ma G, Lin X-X, Hu X-J, Jin Y-B, Chen H. Treatment of venous infraorbital dark circles using a long-pulsed 1,064-nm neodymium-doped yttrium aluminum garnet laser. Dermatol Surg.2012;38(8):1277-82.
- Gonçalves V, Coelho D, Alves N, Moreira J. A valiação do laser e led no tratamento da hiperpigmentação o Periorbital. Evaluation of laser and led in the treatment of periorbital hyperpigmentation. UNIARARAS.2016;4:30-7.
- Alves IR da C. Eficácia dos ativos farmacológicos e intervenção com ligh emitting diodes (led) no tratamento da hiperpigmentação periorbital. [Tesis fin de ciclo superior]. Brasil: ção Caruaruense de Ensino Superior (ASCES);2016.
- Youn S, Shin JI, Kim JD, Kim JT, Kim YH. Correction of infraorbital dark circles using collagenase-digested fat cell grafts. Dermatol Surg.2013;39(5):766-72.
- Sharad J. Dermal Fillers for the Treatment of Tear Trough Deformity: A Review of Anatomy, Treatment Techniques, and their Outcomes. J Cutan Aesthet Surg.2012;5(4):229-38.
- Dias ES, Ferreira JB, Guimaraes MM, Ferreira ZAB. Microcorrente Associada à Vitamina C na Hiperpigmentação Periorbital: Um Estudo de Caso. Id on Line Rev Psic. 2017;11(35):451-62.
- Bernardini FP, Cetinkaya A, Devoto MH, Zambelli A. Calcium hydroxyl-apatite (Radiesse) for the correction of periorbital hollows, dark circles, and lower eyelid bags. Ophthal Plast Reconstr Surg.2014;30(1):34-9.
- María Isabel López Rodríguez [Internet]. Wikipedia. [citado 2017 dic 10]; Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Mar%C3%ADa_Isabel_L%C3%B3pez
- Díaz D. El maravilloso mundo de las ojeras [Internet]. Blog: libre ni ocupado. [citado 2017 dic 10]; disponible en: <https://blogs.20minutos.es/nilibreniocupado/2010/12/02/el-maravilloso-mundo-de-las-ojeras/>

APROXIMACIÓN A LA CLÍNICA, DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA URTICARIA.

APPROACH TO THE CLINIC, DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF URTICARIA

Autoras: Concepción Sierra Talamantes⁽¹⁾, Violeta Zaragoza Ninet⁽²⁾, Remedios Alamar Martínez⁽³⁾.

(1) Enfermera. Consultas Externas Dermatología. Hospital General Universitario de Valencia.
(2) Doctora en Medicina. Adjunto clínico Servicio de Dermatología. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.
(3) Doctora en Medicina. Adjunto clínico Servicio de Alergología. Hospital General Universitario de Castellón.

Contacto: Malacu@ono.com

Fecha de recepción: 30/11/2017

Fecha de aceptación: 30/12/2017

RESUMEN:

La urticaria es una enfermedad inflamatoria de la piel, frecuente, caracterizada por la presencia de habones, prurito y en ocasiones angioedema. En la práctica clínica, según su tiempo de evolución, la urticaria se puede clasificar en aguda, cuando tiene una duración menor a 6 semanas, y crónica cuando la evolución es superior a 6 semanas. La urticaria crónica suele ir acompañada de angioedema en el 50% de los casos y su prevalencia en España se sitúa alrededor del 0,6%, es más habitual en mujeres que en hombres, con una media de edad entorno a los 40 años. Habitualmente dura entre 1 y 5 años, pero alrededor de un 11% de los casos duran más de 5 años. El objetivo de este artículo es realizar una aproximación actualizada y sencilla sobre los tipos más habituales de urticaria que podemos encontrar en la consulta clínica, su clasificación, causas, factores desencadenantes, test diagnósticos, evaluación de la actividad de la enfermedad, el manejo del tratamiento y el impacto de la urticaria en la calidad de vida del paciente.

Palabras clave: urticaria, etiología, diagnóstico, evaluación, manejo terapéutico.

ABSTRACT:

Urticaria is a frequent mast cell-driven skin disease characterized by the development of wheals, pruritus, and often angioedema. In our regular clinical practice, based on the time of evolution, urticaria usually classified as acute, when episodes are lasting less than 6 weeks, and chronic when recurrent episodes lasting longer than 6 weeks. Angioedema occurs on 50% cases of chronic urticaria and the prevalence in Spain is about 0.6%,

is higher in women than in men and the average age of onset is about 40 years. Chronic urticaria usually lasts from one to 5 years, but about 11% cases for more than 5 years. The aim of this article it's to provide an updated and simple approximation about the more usual types of urticaria that may be encountered in the out-patient clinic, classification, causes, eliciting factors, diagnosis test, disease activity, therapeutic management and impact on patient quality of life.

Keywords: urticaria, etiology, diagnosis, evaluation, therapeutic management.

INTRODUCCIÓN:

Una de las primeras descripciones de la urticaria la realizó Hipócrates, en el 460-377 a.C., llamando a las lesiones producidas por las ortigas y mosquitos "cnidosis" palabra derivada del griego que significa ortiga.

La urticaria se define como un proceso inflamatorio de la piel cuya manifestación típica es el habón o roncha rodeado de un halo eritematoso, casi siempre pruriginoso que afecta capas superficiales de la dermis. Cuando el edema que produce el habón se extiende a capas profundas de la dermis y/o tejido subcutáneo hablamos de angioedema, un hinchazón mal delimitado con halo pálido, en general sin prurito, con sensación de dolor o quemazón⁽¹⁻³⁾.

La urticaria y el angioedema tienen los mismos mecanismos fisiopatológicos (exceptuando el angioedema hereditario) y constituyen una de las patologías médicas más frecuentes hasta tal

punto que se calcula que en la edad adulta, hasta un 20 % de la población general ha padecido al menos un episodio de urticaria lo largo de su vida. Es más frecuente en adultos que en niños, la edad de aparición se presenta básicamente en dos picos, uno entre 18 a 29 años y otro a partir de los 50 años, siendo más frecuente en mujeres que en hombres en una relación 2:1. Se clasifican en aguda y crónica según su tiempo de evolución, siendo las causas y mecanismos implicados en su activación inicial múltiples y el estudio etiopatogénico es fundamental para su correcto tratamiento⁽⁴⁾.

MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS

Desde el punto de vista fisiopatológico la urticaria y el angioedema histaminérgico pueden ser contemplados como consecuencia del efecto de la degranulación, inmunológica o no inmunológica, de mastocitos y basófilos, que liberan potentes mediadores vasoactivos, principalmente histamina, que inducen la vasodilatación local con aumento del flujo sanguíneo y un incremento de la permeabilidad capilar vascular y linfática con formación de edema. Los signos visibles de estas alteraciones son el eritema y la formación del habón. El prurito y el dolor son causados por estimulación nerviosa sensorial. El angioedema está causado por alteraciones similares a la urticaria pero que ocurren en la dermis profunda^(1, 3, 5).

La liberación de mediadores de mastocitos cutáneos y de basófilos, que han migrado desde el torrente circulatorio, inician la respuesta inflamatoria. Los mediadores pueden estar preformados como sucede con la histamina que es el mediador principal implicado en la respuesta inmediata en la urticaria/angioedema. También se liberan otros mediadores sintetizados de nuevo como, la prostaglandina D₂, los leucotrienos C y D y el factor activador de plaquetas (PAF). Estos mediadores son responsables de la reacción tardía y amplifican y mantienen la inflamación⁽⁵⁾.

Los posibles mecanismos implicados en la activación inicial de los mastocitos cutáneos son: la hipersensibilidad inmediata mediada por IgE, la activación de la vía clásica o alternativa del complemento, la liberación directa de histamina por mecanismo farmacológico o la activación del sistema plasmático formador de cininas^(2, 5).

Las reacciones urticaria/angioedema mediadas por IgE (hipersensibilidad inmediata) se producen

en pacientes previamente sensibilizados. El alérgeno se une a la IgE específica que se encuentra en la superficie de basófilos y mastocitos y se produce la liberación de mediadores de estas células. Se produce una reacción inmediata de urticaria y/o angioedema aguda, habitualmente durante la primera hora y puede presentarse como única manifestación de la reacción alérgica, pero puede formar parte de una reacción anafiláctica^(1, 2, 5).

ETIOPATOGENIA

Las causas que pueden producir un cuadro de urticaria y/o angioedema son innumerables. Es importante conocer las causas más frecuentes, pues son la base para realizar un diagnóstico etiológico y, por tanto, un tratamiento preventivo, fundamental para evitar que el paciente no sufra nuevos episodios de urticaria. Los principales factores etiológicos o precipitantes de este proceso son: aditivos y alimentos, aeroalérgenos, fármacos (AINES principalmente), picaduras de insectos, infecciones y factores físicos (presión, calor etc.). Sin embargo, en un porcentaje muy alto de urticarias, no se puede establecer con exactitud la causa que desencadenó el proceso^(2, 6, 7, 8).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y CLASIFICACIÓN

La urticaria está clínicamente caracterizada por la aparición en la dermis superficial de habones, de tamaño variable, de color rosado y, en ocasiones con eritema circundante acompañados de prurito. Los habones duran menos de 24 horas en la misma localización, pudiendo aparecer lesiones nuevas en otros lugares, sin dejar lesión residual^(2, 6).

El angioedema se caracteriza clínicamente por una inflamación de las capas profundas y subcutáneas de la dermis y frecuentemente acompañada de afectación de mucosas. Las zonas afectadas pueden mostrarse tanto eritematosas y pruriginosas, como pálidas y dolorosas. El cuadro de afectación suele durar hasta, alrededor, de unas 72 horas^(2, 6).

Según su tiempo de evolución, la urticaria se puede clasificar en aguda y crónica. La urticaria aguda aparece de forma brusca, suele durar desde pocos días a semanas, siempre menos de 6 semanas. Suele presentarse como brote único, con o sin angioedema, o repetirse en forma de episodios aislados intermitentes (urticaria aguda recidivante).

La urticaria crónica (UC) cursa con aparición de habones pruriginosos diarios o casi diarios evanescentes rodeados de zonas cutáneas eritematosas. Tiene una evolución superior a 6 semanas y suele ir acompañada de angioedema en el 50% de los casos. Las lesiones duran menos de 24 horas y no dejan lesiones en la piel. Según la clasificación de la EAACI se puede clasificar en dos tipos: urticaria crónica espontánea y urticaria física o inducible⁽⁶⁾ (Tabla 1):

Urticaria crónica espontánea
Urticaria crónica inducible o física <ul style="list-style-type: none"> • Urticarias físicas: <ul style="list-style-type: none"> - Dermografismo sintomático - Urticaria por frío - Urticaria retardada por presión - Urticaria solar - Urticaria por calor - Angioedema vibratorio • Urticaria colinérgica • Urticaria por contacto • Urticaria acuagénica

Tabla 1. Urticaria crónica espontánea

URTICARIA AGUDA

En general se trata de una enfermedad benigna, autolimitada y muy frecuente. Puede acompañarse o no de angioedema, siendo en ocasiones la primera manifestación de cuadros más graves como anafilaxia. Es una causa frecuente de atención en urgencias, siendo su origen muy diverso. Tan sólo una pequeña parte de las urticarias agudas son de origen alérgico, esto es reacciones mediadas por IgE (ej. látex, picaduras de himenópteros...) y requieren atención inmediata por riesgo de anafilaxia, pero la mayoría son de origen reactivo y los principales desencadenantes son los fármacos, los alimentos y las infecciones.

A continuación, exponemos algunas de las urticarias agudas más frecuentes^(2, 8, 9).

Urticaria aguda inducida por alimentos.

El desencadenante de la urticaria aparece por ingestión, contacto o inhalación del alimento pudiendo manifestarse clínicamente de forma localizada o generalizada. Además de los diversos tipos de exposición a los alimentos la respuesta a las reacciones podrá ser inmunológica, o no inmunológica.

La urticaria aguda inmunológica, esto es IgE mediada, puede cursar tanto con manifestaciones clínicas localizadas como generalizadas que pueden progresar hacia un edema angioneurótico sistémico y acompañarse de rinitis, dificultad respiratoria y desencadenar finalmente un shock anafiláctico. Generalmente, se trata de episodios agudos con relación clara entre la clínica y la exposición con el alimento. Los alimentos implicados más habitualmente son: mariscos, pescados, huevos, carnes, especias (canela, clavo, curry, nuez moscada...), lácteos y frutos secos, principalmente nueces, avellanas y cacahuetes.

Urticaria aguda no inmunológica, es la más frecuente y raramente se manifiesta con síntomas sistémicos estando inducida, generalmente, por el contacto con alimentos que contienen o liberan histamina. Los alimentos implicados más habitualmente son:

- Frutas y verduras: cítricos, frutas tropicales, fresas, cerezas, uvas, albaricoques, ciruelas, tomates, soja, espinacas, berenjena y calabaza.
- Alimentos envasados en vinagre o en salmuera (aceitunas) y vegetales fermentados (chucrut).
- Condimentos y aditivos alimentarios: Tartrazina (aditivo alimentario (E-102) que da color amarillo), levadura, productos de pastelería/panadería que contengan ácido cinámico o aldehído cinámico, gomas de mascar que contengan ácido abiótico y ácido sórbico, bebidas gaseosas con ácido benzoico y benzoato de sodio.
- Proteínas: quesos curados, arenques y pescados encurtidos
- Bebidas: Todas las bebidas alcohólicas incluyendo vino y cerveza. Té, café, chocolate/cacao y refrescos de cola.

Urticaria aguda inducida por medicamentos.

Los medicamentos son una de las causas más frecuente de urticaria aguda. Pueden ser la respuesta a un mecanismo IgE mediado (antibióticos beta-lactámicos) y, en general con sintomatología de aparición inmediata con prurito, calor, habones, sensación de lengua gruesa y síntomas respiratorios y digestivos asociados que pueden conducir a un shock anafiláctico.

En otros casos la aparición de la urticaria por causa medicamentosa es la expresión de la respuesta de otros mecanismos etiopatogénicos inmunológicos. Los mecanismos implicados son múltiples: liberación de histamina como en el caso de la aspirina y los opiáceos, liberación de prostaglandinas y leucotrienos consecuencia de la alteración del metabolismo del ácido araquidónico como es habitual en el caso de los AINES, formación de inmunocomplejos, citotoxicidad celular, hipersensibilidad retardada, etc.

Urticaria aguda inducida por infecciones.

Muchas enfermedades de origen infeccioso cursan con dermatosis reactivas unidas a otros síntomas clínicos. Los exantemas maculopapulares y urticariales son las reacciones cutáneas que con más frecuencia se asocian a infecciones, fundamentalmente víricas. Se considera que las infecciones víricas son la causa más frecuente de urticaria aguda en niños. De hecho, una de las situaciones clínicas más frecuentes son las urticarias agudas reactivas a la toma de fármacos en el contexto de viriasis.

Los virus más frecuentemente implicados son el Epstein-Barr, enterovirus, parainfluenza 1, 2 y 3, virus respiratorio sincitial, adenovirus, rinovirus, influenza A y B, parvovirus B19, citomegalovirus, herpes simple, virus de la hepatitis A, B y C y el *Mycoplasma pneumoniae*.

Tratamiento general de la urticaria aguda.

- Identificar y eliminar la causa.
- Tratamiento farmacológico: Primera elección Antihistamínicos H1. Si no hay buena respuesta aumentar dosis H1
- Si persiste o empeora la clínica añadir corticoides en tandas cortas de unos 10 días en pauta descendente
- Ante casos con angioedema y/o anafilaxia:
 1. Adrenalina vía intramuscular 0,15 - 0,30 ml/dosis.
 2. Antihistamínico intramuscular/ intravenoso (Clorfeniramina 0,1 mg/kg).
 3. Corticoide intramuscular/ intravenoso (Metil Prednisolona 1-2 mg/kg).

URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA

La urticaria crónica espontánea (UCE) es un tipo de urticaria frecuente de etiología, según su definición, desconocida, aunque la mayoría de las teorías apuntan hacia un posible origen autoinmune. Aunque no sean el origen de la urticaria, diversos factores pueden actuar como desencadenantes de los brotes o exacerbaciones de la patología; entre ellos se encuentran agentes físicos, sobre todo la presión, medicaciones como salicilatos, AINES y opiáceos, procesos infecciosos intercurrentes, el estrés y otros estímulos psíquicos que podrían desencadenar el desarrollo de las lesiones o brotes o exacerbaciones de la enfermedad. El mecanismo patogénico es común a otros tipos de urticaria aguda y crónica, siendo el mediador fundamental la histamina⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Es un trastorno frecuente con una prevalencia estimada entre el 0,1%-3% de la población general y representa aproximadamente el 70% de todas las UC. Aunque el curso de la enfermedad es intermitente, la duración media oscila entre los 3-5 años. Puede presentarse en ambos sexos y a cualquier edad, pero es más prevalente en mujeres (2:1), en un rango de edad comprendido entre los 30- 60 años⁽⁴⁻¹³⁾.

Clínicamente se caracteriza por la aparición de prurito y habones que duran menos de 24 horas, con o sin angioedema, que brotan a diario o con una frecuencia de 2 -3 días por semana, durante un periodo mayor de 6 semanas. Aproximadamente un tercio de los pacientes presenta angioedema asociado de manos, pies y cara^(11,12).

La evolución impredecible de la enfermedad, su duración, y el prurito intenso hacen que los pacientes con UC presenten alteraciones importantes en su calidad de vida consecuencia del impacto físico/ relaciones sociales, la alteración del descanso/ sueño, y del impacto en la vida laboral /escolar^(14,15).

Urticaria crónica autoinmune. Se estima que alrededor del 50% de pacientes con urticaria crónica pueden tener autoanticuerpos circulantes liberadores de histamina, predominantemente IgG1 e IgG3 específicas para la subunidad alfa del receptor de alta afinidad de la IgE. La liberación de histamina del basófilo es el parámetro principal para detectar autoanticuerpos funcionales en el suero de pacientes con urticaria crónica^(16,17).

El test cutáneo de suero autólogo es la mejor prueba para la detección de la actividad del basófilo liberador de histamina ya que se calcula una sensibilidad y especificidad en torno al 70-80% cuando se obtiene un habón de 1.5 mm o más inducido por la administración de suero autólogo^(18,19).

Test de suero autólogo^(18,20,-22). Es el test utilizado para detectar autoanticuerpos funcionales en el suero de pacientes con urticaria crónica. Para su realización es necesario suspender 72 horas antes el tratamiento con antihistamínicos. La máxima utilidad se consigue con suero del paciente obtenido durante uno de los brotes de urticaria.

Material:

- suero del paciente
- control negativo (CN): solución salina al 4%.
- control positivo (CP): histamina (10 mg para intradermo). La alta irritabilidad provocada por la histamina administrada ID ha condicionado el hecho de que en muchas consultas se prescindiera de este control y se opte por utilizar para la evaluación sólo el control negativo.
- Jeringas de 1cc y agujas de 27G.

Método:

Se realiza sobre superficie volar del antebrazo mediante punción intradérmica manteniendo una separación entre el suero y los controles de 3-5 cm. Se inyecta suavemente un volumen de suero (0,05 ml) para producir un habón de 3 mm de diámetro. Si no se forma la pápula la técnica ha sido incorrecta y hay que repetirla. Se marcan los habones producidos tras realizar las punturas.

El control del salino se debe revisar a los 15 minutos y la lectura final se realiza a los 30 minutos. Se considera positivo un habón de suero de un diámetro mayor de 1,5 mm que el producido por la solución salina control (CN).

URTICARIAS FÍSICAS

Son las urticarias inducidas tras la aplicación de diferentes estímulos físicos, como roce, presión, frío, agua, exposición al sol y vibración. Se caracterizan porque las lesiones (habones) se pueden reproducir si se somete a la piel al estímulo desencadenante adecuado, de forma inmediata o tardía (retardada), y en general suelen durar

menos de 2 horas siendo estas características muy útiles en la realización de las distintas pruebas diagnósticas. En ocasiones, no es infrecuente, que coexistan dos tipos de urticaria. Pueden aparecer dos tipos de urticaria física en el mismo paciente, por ejemplo, la urticaria por roce y por presión^(23,24).

Dermografismo. Es la urticaria más frecuente. Se produce por un mecanismo de roce o rascado sobre la piel, apareciendo las lesiones lineales o habonosas en la zona de piel donde se ha aplicado el estímulo. Dermografismo significa “escribir en la piel”. Hay un dermatografismo leve o fisiológico que presenta alrededor de un 2-5% de individuos sanos y que no se asocia a prurito y un dermatografismo sintomático o urticaria facticia que se acompaña de prurito generalizado, con una respuesta exagerada al roce. El diagnóstico se establece mediante la historia clínica y la prueba de dermatografismo^(24, 25).

Prueba de dermatografismo. La forma más habitual en la práctica clínica es aplicar con un instrumento romo, una presión y roce moderado sobre la piel de la espalda o cara interna del antebrazo. Se evalúa entre 5 y 10 minutos del rascado, apareciendo si es positivo una roncha lineal y eritema sobre el trayecto de la maniobra que desaparece en 30-60 minutos.

Se puede utilizar también un dermatógrafo, instrumento que aplica una presión constante y controlada sobre la piel, aunque no está disponible en todas las consultas. Las presiones van de 20 a 160 g/mm² y se ajustan girando una rosca en el dermatógrafo. Aplicando el dermatógrafo a 36g/mm² (353 kPa). Cuando es positivo a 60 g/mm² (589 kPa) o más indica dermatografismo fisiológico. Este sistema también permite realizar estudios de umbral de intensidad y de respuesta a tratamiento y es útil para diferenciar el dermatografismo fisiológico del sintomático.

Para realizar las pruebas se debe suspender la mediación antihistamínica y aquellas que disminuyan la reactividad cutánea y hay que tener en cuenta que la zona de la piel que ha presentado lesiones recientes (48 horas antes) es más reactiva y puede no responder al estímulo dando un resultado de falso negativo.

La lectura se realiza a los 10 minutos. Es positivo cuando aparece habón con o sin prurito siguiendo la zona de rascado o aplicación del dermatógrafo y los signos provocados desaparecen a los 30-60 minutos. El eritema sin habón no es diagnóstico de dermatografismo sintomático.

Urticaria por presión. Es desencadenada por la presión local sostenida, bien de forma inmediata (urticaria inmediata por presión) o entre 30 minutos y 6 horas tras la aplicación del estímulo (urticaria retardada por presión) lo que dificulta su sospecha clínica. Se manifiesta como una tumefacción local profunda, recubierta en ocasiones de piel eritematosa, a menudo dolorosa y, si es recurrente, acompañada de descamación superficial. Hay que sospecharla cuando afecte a zonas de presión como, por ejemplo, manos tras cargar peso o aplaudir, pies después de largas caminatas, estar de pie o el uso de calzado ajustado, zona glútea si ha estado sentado en superficie dura, zonas de presión de la ropa etc. El diagnóstico se establece con la historia clínica y las pruebas de urticaria por presión(24-26).

Prueba diagnóstica de urticaria por presión. El test se realiza aplicando presión vertical sobre la piel de hombro, espalda, muslo o antebrazo.

La forma más habitual en la práctica clínica consiste en aplicar 7 kg de peso con una cincha de unos 3 cm, durante 15 minutos sobre el hombro, antebrazo o muslo. Se evalúa el resultado a los 30 minutos, 6 horas y 24 horas. Para ser positivo, se deben reproducir las lesiones en la zona de aplicación del peso.

Otro tipo de test consiste en la aplicación vertical, mediante un soporte, de un cilindro metálico sobre la piel. Existen cilindros de diversos diámetros y con diferente peso lo que permite realizar estudios de umbral de intensidad.

Por último, también se puede realizar el test de presión mediante un dermatógrafo aplicando una presión de 100 g/mm², durante 70 segundos apoyado en la espalda.

La respuesta a los test se valora a los 3 minutos, y a las 3 y 6 horas, aunque algunos casos requieren de una lectura tardía a las 24 horas después de la aplicación de la presión. Se considera positiva cuando aparece angioedema con o sin eritema en la zona donde se ha ejercido la presión.

Para realizar las pruebas se debe suspender la mediación antihistamínica y aquella medicación que disminuya la reactividad cutánea. Por otra parte, hay que tener en cuenta que la zona de la piel que ha presentado lesiones recientes (48 horas antes) es reactiva y no responde al estímulo

dando falso negativo. Estos requerimientos unidos al elevado número de horas (visitas) que el paciente debe permanecer en la consulta dificultan la reproducción experimental de la urticaria por presión y hace que en la mayoría de ocasiones se diagnostiquen, sólo, por la clínica.

Urticaria por frío. Se caracteriza por la rápida aparición de prurito, eritema y habones, con o sin angioedema, en la zona del cuerpo que ha sido expuesta al frío. Comprende varios cuadros clínicos adquiridos o congénitos, que se clasifican en síntesis de la siguiente manera^(1, 24, 27, 28):

Urticaria por frío primaria (UFP) o idiopática. Es la más frecuente de las urticarias por frío. Las lesiones habonosas aparecen desde pocos minutos hasta una hora después del contacto con el frío y se puede asociar a otras urticarias físicas (dermografismo, presión, colinérgica). Los estímulos físicos que pueden desencadenar los síntomas son las bajas temperaturas ambientales, sumergirse en agua fría (actividades acuáticas), deportes de nieve, manipulación de objetos fríos, comidas o bebidas frías (riesgo de edema lingual, labial o de glotis), etc. La exposición masiva al frío (baño en agua fría) puede desencadenar un cuadro generalizado grave con shock anafiláctico. El diagnóstico se establece mediante la historia clínica y las pruebas de urticaria por frío. Pruebas diagnósticas de urticaria por frío^(25, 27, 29):

Test del cubito de hielo. Para realizar el test se debe suspender tanto el tratamiento antihistamínico, como aquellas medicaciones que disminuyan la reactividad cutánea. Es importante tener en cuenta que la zona de la piel que ha presentado lesiones recientes (48 horas antes) es reactiva y no responde al estímulo dando falso negativo.

Método:

Se realiza colocando sobre la zona volar del antebrazo un cubito de hielo, u otro elemento frío (0-4 °C) protegido o enfundado en plástico o introducido en un guante de vinilo, manteniendo el contacto con la piel durante 5 minutos. Se evalúa la respuesta a los 10 minutos de retirar el cubito.

Lectura:

Se considera una prueba positiva típica si tras 10 minutos de retirado el cubito de hielo, cuando la piel se vuelve a recuperar su temperatura normal, aparece en el lugar de aplicación un

eritema precoz seguido de la formación de una pápula blanca de contornos regulares y palpables que tiene la forma y tamaño del cubito de hielo. Cuando el test es positivo se aplicará de nuevo el cubito en áreas distintas durante tiempos decrecientes de un minuto con el objetivo de determinar el mínimo tiempo de estimulación necesario para desencadenar una respuesta positiva.

En casos de clínica muy sugerente o con antecedentes de reacción sistémica se recomienda comenzar el test por tiempos de exposición mínimos de 30 segundos e ir incrementando en progresión geométrica los tiempos de estimulación. A menores tiempos positivos de estimulación mayor riesgo de presentar reacción generalizada tras exposición al frío en zonas extensas de la piel.

Se considera un test negativo cuando únicamente aparece eritema o prurito/quemazón. En estos casos se aplicará el cubito durante tiempos crecientes de un minuto hasta un máximo de 10 minutos se aplica el cubito de hielo en distintas zonas de la piel (la misma es refractaria). En casos con historia clínica muy sugerente de urticaria por frío se pueden incrementar los tiempos de estimulación con el hielo hasta en 20 minutos.

Dispositivos termo-electrónicos, tipo Temp-Test®, que estimula simultáneamente la piel a diferentes temperaturas, de 4-44 °C, y distintos tiempos de exposición. Se realiza colocando la parte interna del antebrazo sobre una plantilla de aluminio y sobre el dispositivo durante 5 minutos. La plantilla muestra la gama de temperaturas continuamente. Con este procedimiento se determina cual es la temperatura de umbral del paciente.

Actualmente los test por inmersión están desaconsejados por las sociedades científicas implicadas en el estudio de esta patología por el riesgo a desencadenar reacciones sistémicas. Por otra parte, el conocimiento del tiempo umbral mínimo de estimulación facilita el control de la respuesta al tratamiento y evolución de la enfermedad. Un tiempo umbral de estimulación menor de tres minutos se correlaciona con mayor riesgo de presentar una reacción sistémica.

Urticaria por frío adquirida o atípica, son entidades raras de lesiones de urticaria generalizada o localizada que aparecen tras la exposición

al frío o al aire frío o húmedo, pero que tienen un test de hielo negativo.

Urticarias por frío familiares o Síndrome familiar autoinflamatorio por el frío (FACS, Familial Cold Auto-Inflammatory Syndrome). Es un trastorno hereditario autosómico dominante, que se manifiesta desde el nacimiento o en los primeros meses de vida. Episodios recurrentes de urticaria o erupción maculopapulosa, acompañada de fiebre, artralgias, leucocitosis, a veces conjuntivitis, a las dos horas de la exposición al frío.

Lo más importante en las urticarias por frío es la prevención de reacciones sistémicas, indicando al paciente que evite la exposición generalizada al frío (deportes de frío, inmersión en agua fría, etc.) y de reacciones locales con compromiso respiratorio, evitando alimentos o bebidas muy frías. Si precisa intervención quirúrgica o medicación endovenosa hay que advertir que los sueros se precalienten a 37 °C.

Los antihistamínicos previos a la exposición suelen ser eficaces en las urticarias por frío típicas.

Aquellos pacientes que hayan presentado una reacción anafiláctica deben llevar un kit de emergencia con autoinyector de adrenalina, antihistamínicos y corticoides.

Si el tratamiento con antihistamínicos a altas dosis no controla los síntomas pueden añadirse anti-H2 y antagonistas de leucotrienos. En los casos graves pueden intentarse tratamientos como ciclosporina durante los meses de invierno o pautas cortas de corticoides, sobre todo si hay evidencia de reacción de fase tardía o si el paciente va a estar expuesto al frío de forma prolongada. Por otra parte, en los casos de las FACS el tratamiento de elección es con inhibidores de la IL-1.

Urticaria solar⁽³⁰⁻³⁵⁾. La urticaria solar (US) es una respuesta del organismo tras la exposición a la luz solar o a fuentes de luz artificiales. El espectro lumínico principalmente implicado es ultravioleta A (UVA), ultravioleta B (UVB) y la luz visible (LV). Clínicamente se manifiesta con prurito, eritema y/o habones que aparecen tras pocos minutos de exposición solar. Las lesiones se localizan en áreas fotoexpuestas, aunque las lesiones aparecen con más facilidad en zonas no expuestas habitualmente debido al fenómeno de hardening y en ocasiones pueden extenderse a

áreas cubiertas. En casos graves asocian cefalea, disnea y shock anafiláctico. Típicamente las lesiones desaparecen entre 1 y varias horas después de que cese la exposición solar. En algunos casos, la rapidez en la aparición de las lesiones y su intensidad, convierte a la US en una patología invalidante y difícil de tratar. El diagnóstico se establece mediante la historia clínica del paciente y la realización de la prueba de fototest para determinar el espectro lumínico responsable que mostrará una respuesta inmediata en UVB, UVA y/o LV. En algunos pacientes el fototest es negativo, pero la exposición solar directa en pequeñas áreas expuestas, puede confirmar el diagnóstico.

Prueba del fototest⁽³⁶⁻⁴⁰⁾ Mediante su realización se intenta reproducir de forma experimental el grado y el tipo de eritema que provocan, en la piel, las radiaciones ultravioletas (UV) A y B y la luz visible (LV). Para su práctica generalmente se utilizan simuladores solares para la UV y proyectores de diapositivas para LV.

El fototest permite determinar la dosis de eritema mínimo (MED), esto es, la dosis más pequeña de radiación ultravioleta B (UVB) que produce un eritema visible y bien delimitado, la dosis urticariana mínima (DUM), determinar la banda de radiación lumínica implicada y reproducir las lesiones de manera experimental.

Método

Suspender antihistamínicos y antiinflamatorios no esteroideos al menos 2 días antes de la prueba; los corticoides, los psoralenos, la clorpromazina y las dosis altas de vitaminas, la semana previa; y la cloroquina y los inmunosupresores, al menos un mes antes del fototest.

La prueba de Fototest debe realizarse sobre piel limpia y sana, de zonas no expuestas al sol, preferentemente de la zona lumboglútea, dado que la MED ofrece variaciones en las distintas partes del cuerpo, siendo más baja en tronco y cabeza, y más elevada en las extremidades.

Para explorar las reacciones a UV se irradian mediante un simulador solar una serie de dosis preestablecidas de UVB, UVA. Para explorar la LV se irradia durante 10 min con la luz procedente de un aparato de diapositivas.

El tamaño de cada área irradiada se señala mediante un rotulador permanente.

Lectura:

lectura inmediata: cualquier aparición de eritema/habón se considera positiva (-) no reacción, (+) solo eritema perceptible (correspondería a la DUM). +eritema localizado en las zonas irradiadas, ++eritema más allá del área irradiada, +++habón en alguna parte de la zona irradiada, +++habón en toda la zona irradiada. lectura a las 24 horas de realizada la exploración cuando la lectura inmediata haya sido negativa. Se realiza para reorientar el diagnóstico hacia otras foto-dermatosis. Se valoran como indicador de sensibilidad cutánea anormal:

- Una MED disminuida con relación al fototipo del paciente.
- La aparición de cualquier respuesta cutánea distinta al eritema en UVB.
- Aparición de eritema y cualquier respuesta cutánea exceptuando la pigmentación en UVA.

El tratamiento de la US es complicado. Los anti-histamínicos son básicos. Junto a ellos hay que reeducar a la piel para que pueda exponerse al sol. En los casos leves puede ser suficiente recomendar al paciente exposiciones solares repetidas que no lleguen a desencadenar los habones, pero en casos graves la desensibilización debe realizarse en unidades de fototerapia.

Urticaria por calor^(6,41,42). La urticaria por calor se desencadena a los pocos minutos de una exposición a calor local, fiebre, objetos calientes, exposición solar, calefacción etc. y en donde el calentamiento localizado de la piel produce prurito y habones en el área expuesta al calor. Puede asociarse a la urticaria por frío.

Prueba diagnóstica de urticaria por calor^(25,42).

Método

Consiste en aplicar sobre la piel del antebrazo recipientes metálicos o de cristal con agua caliente (44-45 °C) o cilindros metálicos calentados (50-55 °C) durante un periodo de 5 minutos. Otro método más sofisticado es utilizar dispositivos termo-electrónicos, tipo TempTest®, a 45 °C.

Lectura

Se realiza a los 10-15 minutos de retirada la fuente de calor. Se considera un resultado positivo cuando aparecen lesiones habonosas palpables

en el área de aplicación. En estos casos es conveniente determinar el umbral de temperatura y el tiempo de inducción de la lesión.

Angioedema vibratorio^(2,9,10). Consiste en la aparición de prurito, eritema y angioedema a los 4-5 minutos de la aplicación de estímulos vibratorios (masaje, secado enérgico con una toalla, vibración) sobre la piel. La sintomatología suele durar entre 30 minutos y 1-2 horas tras la desaparición del estímulo. Puede ser adquirido o familiar. La forma adquirida suele ser leve, aunque recientemente también han sido descritos casos esporádicos de trastornos idiopáticos adquiridos tras años de exposición ocupacional a vibración y/o asociados a urticaria colinérgica. La forma familiar es heredada, suele aparecer en la infancia y tiene una transmisión autosómica dominante, y ante estímulos intensos puede aparecer eritema generalizado y cefalea.

Test de provocación a vibración⁽²⁵⁾, consiste en reproducir las lesiones mediante la aplicación de un estímulo vibratorio. Es una técnica inhabitual porque se requiere de un agitador de tubos de laboratorio que se apoya durante 10 minutos sobre la superficie volar del antebrazo del paciente a 1000 revoluciones/minuto. Requiere medición del perímetro de la muñeca, antebrazo y codo donde se aplica el agitador antes y después del test. La lectura se realiza pasados 10 minutos de concluido el test. Se considera positivo cuando en la zona del test aparece edema con o sin prurito.

El tratamiento consiste en eliminar los estímulos vibratorios, también pueden ser útiles los antihistamínicos.

URTICARIA COLINÉRGICA

La urticaria colinérgica aparece tras un aumento de la temperatura corporal central. Se desencadena a los pocos minutos de una exposición a calor (baño caliente), fiebre alta, sudoración profusa, estrés emocional o ejercicio físico intenso. Se caracteriza por la aparición de habones puntiformes pruriginosos de 1-4 mm de diámetro, rodeados de un halo eritematoso grande. El brote suele durar de 30 minutos a 2 horas. El término "colinérgica" deriva de que algunos pacientes asocian síntomas de hiperestimulación parasimpática, como salivación, lagrimeo o diarrea y pueden aparecer síntomas sistémicos acompañante como mareos, dolor abdominal e hipotensión^(12,43).

Test diagnóstico de urticaria colinérgica⁽²⁵⁾. Existen dos tipos de provocaciones, pero las dificultades logísticas para su realización, la disponibilidad de personal y el tiempo de consulta que precisa el paciente contribuyen a que sean poco realizables.

Método

Cuando se sospecha que la causa es el aumento de la temperatura corporal se debe sumergir el cuerpo completo del paciente en baño a 42 °C, con monitorización de temperatura corporal y cuando esta se eleva 1 °C se mantiene al paciente sumergido durante 15 minutos.

Cuando se sospecha que el desencadenante es el ejercicio físico se somete al paciente a test de esfuerzo físico bajo control en la consulta mediante cinta de caminar/ bicicleta estática. Se inicia el desarrollo del ejercicio y se mantiene durante 15 minutos desde que el paciente comience a sudar.

Lectura.

Se realiza una lectura inmediata tras el test y otra, pasados 10 minutos. Se considera positiva cuando aparecen pequeños habones sobre eritema cutáneo.

Tratamiento: Los tratamientos con hidroxizina y cetirizina suelen ser eficaces.

URTICARIA POR CONTACTO^(1,44-47)

Se caracteriza por la aparición inmediata de ronchas/habones cuando la piel entra en contacto con diferentes agentes externos, por mecanismos inmunológicos o no, pudiendo afectar a las mucosas. Se pueden distinguir los siguientes tipos:

Urticaria de contacto no inmune. La urticaria por contacto no inmunológica es la más común, no requiere sensibilización previa y ocurre en la mayoría de la población expuesta. La reacción suele aparecer a los 45-60 minutos tras el contacto, permanece localizada y su intensidad depende de la concentración de la sustancia y del sitio de piel expuesta.

Esta reacción no está mediada por anticuerpos. Entre los agentes causantes se encuentran las plantas, los conservantes (ácido benzoico, aldehído cinámico), los perfumes y los medicamentos tópicos.

Urticaria de contacto inmune. Se requiere sensibilización previa por un mecanismo inmune tipo I (mediado por IgE). Las reacciones por contacto inmunológicas aparecen tras 15-20 minutos de producido el contacto y además de la reacción local puede dar lesiones a distancia (urticaria generalizada) y reacciones anafilácticas. Los principales implicados son proteínas (pescado, mariscos, hortalizas, carnes, huevos etc.) perfumes, medicamentos, gomas etc.

Urticaria de contacto por mecanismo incierto. Algunas sustancias químicas producen urticaria por contacto por un mecanismo patogénico aun sin aclarar.

Presenta características comunes a los mecanismos inmunológicos y no inmunológicos. A favor de los primeros se encuentran pruebas negativas en los controles, y la clínica incluye urticaria localizada o generalizada, rinitis, asma y también colapso vascular. En común con los mecanismos no inmunológicos estarían las manifestaciones en la primera exposición al contactante.

URTICARIA ACUAGÉNICA⁽⁴⁸⁻⁵¹⁾

La urticaria acuagénica consiste en la aparición de pápulas pruriginosas, eritemato edematosas, pequeñas y perifoliculares tras el contacto con el agua, independientemente de su temperatura. Se localizan principalmente en el cuello, tronco, hombros, brazos y espalda. El diagnóstico se establece por la historia clínica y el test de provocación.

Prueba diagnóstica de urticaria acuagénica⁽²⁵⁾. La forma más habitual en la práctica clínica consiste en sumergir el antebrazo del paciente en agua con independencia de la temperatura del agua.

Otro método consiste en la aplicación de compresas mojadas a temperatura ambiente (35-37 °C) en la espalda/tronco del paciente durante 30 minutos.

Los habones aparecen entre los 2-30 minutos de la exposición.

DIAGNÓSTICO DE LA URTICARIA CRÓNICA^(2, 6, 52-54)

El diagnóstico de urticaria es eminentemente clínico. Una historia clínica detallada y un buen examen físico son esenciales para identificar el tipo

de urticaria. El tiempo de inicio y duración de los habones son importantes para el diagnóstico inicial, además de considerar el tamaño, color y la localización de las lesiones.

El examen general en busca de enfermedades sistémicas asociadas como disfunción tiroidea, la relación entre la autoinmunidad en la urticaria crónica y la infección por *helicobacter pylori* otros desórdenes autoinmunes deben tenerse en consideración, aunque en la mayoría de pacientes con urticaria/ angioedema crónico no es posible detectar ningún trastorno analítico o causa subyacente, por lo que la petición de analíticas extensas sólo está justificada por la anamnesis de un determinado paciente. En síntesis, podríamos seguir el siguiente patrón:

- Historia clínica:
 - Descripción (forma, tamaño y distribución de los habones), duración de las lesiones y variabilidad diaria y estacional. Intensidad, características del prurito y síntomas asociados (dolor, ardor, etc.). Relación entre la aparición de manifestaciones clínicas y estímulos físicos (calor, frío, etc.). Antecedentes familiares de urticaria/atopia Antecedentes personales (alergia, patologías, medicamentos, hábitos tóxicos etc.) y ocupación laboral/aficiones.
- Pruebas de laboratorio: hemograma, perfil tiroideo e IgE.
- Pruebas físicas de provocación.
- Valoración del impacto de la actividad de la urticaria/angioedema (UAS/AAS) y de la calidad de vida (CU-Q2oL).
- Biopsia cutánea cuando la duración de las lesiones sea superior a 24 horas para facilitar el diagnóstico diferencial con otras patologías con síntomas similares (vasculitis, lupus etc.).
- Otros test: Pruebas de prick si la historia clínica es sugerente de alergia y test de suero autólogo si hay sospecha de urticaria crónica autoinmune.

Puntuación	Nº Habones	Intensidad Prurito
0	Ninguno	Ninguno
1	Leve (< 20)	Leve
2	Moderado (20-50)	Moderado
3	Intenso (> 50)	Intenso

EVALUACIÓN E IMPACTO DE LA URTICARIA CRÓNICA ^(6, 54-58)

La urticaria crónica es una patología incapacitante y frustrante para el paciente, ya que su calidad de vida puede verse afectada en lo personal, social y profesional.

Para ayudar a evaluar la eficacia del tratamiento deben valorarse tanto la actividad de la enfermedad como la intensidad clínica, utilizando sus dos síntomas clave, el prurito y los habones mediante el uso de escalas validadas como la UAS y la UAS7, en las que se valoran estos síntomas en una escala tipo Likert de 0 (sin actividad) a 3.

La valoración se debe realizar diariamente, ya que los síntomas pueden variar de un día a otro. La suma total de las puntuaciones (0 mínimo y 6 máximo) valora la intensidad de la urticaria. Se establecen 5 grados de actividad de la enfermedad: UC grave, UC moderada, UC leve, UC controlada y UC inactiva ^(Tabla 2).

Para evaluar el impacto emocional de la enfermedad y la calidad de vida del paciente se utiliza el cuestionario CU-Q20L, que es un cuestionario específico para pacientes con urticaria crónica. En este cuestionario se evalúa mediante 23 preguntas, agrupadas en 6 escalas o patrones, el impacto de la urticaria y las alteraciones que sus manifestaciones producen sobre el sueño/descanso, el trabajo/actividad física, prurito/vergüenza, el estado mental, la hinchazón/alimentación y las limitaciones de estética del paciente tal como sintetizamos en la Tabla 3.

Nº Escala	Nombre Escala	Nº items
I	Trabajo	6
II	Sueño	4
III	Prurito/vergüenza	4
IV	Estado mental	3
V	Hinchazón/alimentación	4
VI	Limitaciones estéticas	2

TRATAMIENTO DE LA URTICARIA CRÓNICA

1. Tratamiento etiológico ⁽⁶⁾

Identificar y eliminar, si es posible, el agente causal mediante la historia clínica y estudio/test si procede.

2. Medidas generales ^(6, 54)

- Evitar desencadenantes. Las urticarias se desencadenan o exacerban por diferentes factores, algunas veces inespecíficos pero los principales desencadenantes son: Determinados medicamentos: AINES principalmente, IECAS, opiáceos, aspirina etc. Alimentos histamino-liberadores: conservas, salazones, ahumados, embutidos, fresas, plátanos, huevo, quesos, mariscos, chocolate etc.

- Medidas de evitación desencadenantes de las urticarias físicas como: roce, presión, calor, frío, sol.
- Evitar factores agravantes: situaciones de estrés, alcohol etc.
- Hidratar la piel con soluciones antipruriginosas como calamina o mentol 1%.

3. Tratamiento farmacológico ^(13, 54, 59)

Antihistamínicos.

Son el tratamiento de primera línea ya que la histamina desarrolla un rol importante en el desarrollo de las lesiones y, en general, suelen ser fármacos muy eficaces.

Antihistamínicos de 1ª generación, poseen efectos anticolinérgicos y atraviesan la barrera hematoencefálica por lo que tienen un efecto sedante: hidroxicina, ciproheptanidina, clorfeniramina etc.

Antihistamínicos de 2ª generación, son actualmente los fármacos de elección en el tratamiento de la UC ya que no poseen efectos anticolinérgicos y no atraviesan la barrera hematoencefálica por lo que no tienen efecto sedante: rupatadina, ceterizina, ebastina, levocetirizina etc.

Los antihistamínicos no sedantes tienen la ventaja de que las dosis se pueden ir aumentando hasta 4 veces la dosis estándar. Actualmente no existen estudios que demuestren la eficacia de la combinación de antihistamínicos no sedantes y sedantes. El tratamiento con antihistamínicos no sedantes será de forma continuada y no a demanda.

Corticoides

No están recomendados como tratamiento debido a sus efectos secundarios, pero pueden ser utilizados en pacientes con episodios de exacerbación de su UC cuando no exista buena respuesta al tratamiento con antihistamínicos o cuando se asocie angioedema. En estos casos se administra en tandas cortas de 3-7 días o en pautas decrecientes de unos 10 días.

Omalizumab

Anticuerpo monoclonal humanizado derivado del ADN recombinante. Se une a la Ig E y reduce la cantidad libre de IgE disponible para desencadenar la cascada alérgica. Actualmente es el tratamiento de elección para pacientes mayores de 12 años cuando existe una respuesta inadecuada al tratamiento con antihistamínicos. La dosis recomendada es de 300mgr vía subcutánea /cada 4 semanas. El tratamiento debe realizarse en un centro especializado con vigilancia estricta del paciente tras su administración y durante las 4 horas posteriores, sobre todo en las primeras dosis, ya que puede causar reacciones alérgicas graves, aunque los efectos secundarios en la mayoría de casos suelen ser leves siendo los más habituales la sintomatología local en la zona de inyección, cefalea, diarrea y rinitis.

Inhibidores de la calcineurina oral: Ciclosporina

Es una opción de tratamiento a considerar en pacientes donde han fracasado los tratamientos con antihistamínicos y omalizumab.

Algoritmo de tratamiento UC ^(imagen1)

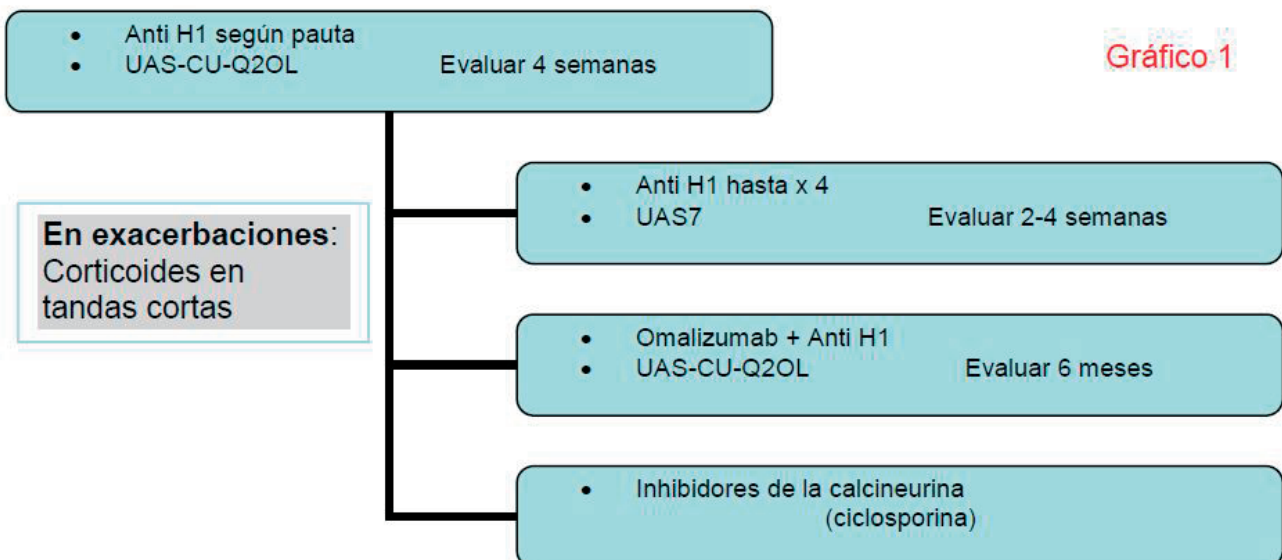


Imagen 1.

Tabla 4 ANTI H1 recomendados	Embarazadas	Lactantes (0-6 meses)	Niños (6 meses-2 años)	Niños (2-12 años)
Loratidina	SI	SI	SI	SI
Desloratidina				SI
Cetirizina	SI	SI	SI	SI
Levocetiridina	SI			SI
Clorfeniramina	SI			
Ebastina				SI
Ketotifeno			SI	SI

Tabla 4.

Tratamiento de UC en embarazadas y niños^(13, 54, 60,61)

Durante el embarazo se debe intentar controlar la urticaria con la mínima dosis de medicación posible. Los antihistamínicos recomendados son los H1 de segunda generación tales como cetirizina, levocetirizina, loratidina y clorfeniramina que aunque no tienen categoría A (seguridad en embarazo) no existe evidencia de daño fetal y se excretan por la leche materna.

En niños lactantes menores de 6 meses los únicos antihistamínicos recomendados son cetirizina y loratidina recomendados a mínima dosis posible durante el mínimo periodo de tiempo posible.

Lactantes mayores de 6 meses, antihistamínicos H1 de segunda generación: ketotifeno (Zasten) y cetirizina (Zyrtec).

Niños mayores de 2 años: levocetirizina (Xazal), loratidina (Clarytine), desloratidina (Aerius) y ebastina (Ebastel).

En niños mayores de 12 años el tratamiento será igual que en los adultos.

En niños de cualquier edad se debe evitar el uso de antihistamínicos H1 de primera generación.

En la Tabla 4 mostramos, de forma resumida, los antihistamínicos recomendados para embarazadas, lactantes y niños.

Con relación al uso de corticoides si es necesario utilizarlos será a mínima dosis durante el mínimo periodo de tiempo posible debido tanto a los riesgos de malformaciones para el feto como para la embarazada (diabetes, hipertensión etc.). Debido a que los corticoides alcanzan bajas concentraciones en la leche materna, se pueden utilizar con bastante seguridad cuando se emplean dosis bajas, teniendo la precaución de posponer la lactancia 4 horas después de su ingesta cuando se utilizan dosis altas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kaplan AP. Urticaria and angioedema. In: Middleton E Jr, Reed CE, Ellis EF, Adkinson NF Jr, Yunginger JW, Busse WW, eds. Allergy: principles y practice. 5th ed. Vol. 2. St. Louis: Mosby-Year Book, 1998: 1104-22.
2. Clive EH, Grattan C, Kobza Black, A. Urticaria y Angioedema. En: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP. Dermatología, 1º edic, Vol 2; Elsevier España S.A 2004:287-302.
3. Grattan C, Powell S, Humphreys F. Management and diagnostic guidelines for urticaria and angioedema. Br J Dermatol 2001; 144:708-14.
4. Caig P, Olana M, Muñoz D et al. Epidemiology of urticaria in Spain. J Investig Allergol Clin Immunol 2004; 14: 214-20.
5. Doutré M. Physiopathology of urticaria. Eur J Dermatol 1999 Dec; 9: 601-5.
6. T Zuberbier, W Aberer, R Asero, C Bindslev Jensen, et al. The EAACI/GA2LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: the 2013 revision and update Allergy 2014; 69 (7), 868-887.
7. Vázquez S, Martínez C. Urticaria crónica. En Quirce S. Biblioteca Alergológica Fronteras de la Alergia SEAIC, Módulo IV. Ed: P. Peñanyer. Barcelona 2006.
8. Ibañez Sandin MDP. Urticaria y Angioedema. Pediatr Integral 2005; IX (8):595-606.
9. Kaplan AP. Urticaria and Angioedema. In: Allergy. 2a ed. Philadelphia WB: Saunders; 1997. p. 573-92.
10. Greaves MW. Chronic urticaria. N Engl J Med 1995; 333: 1767-72
11. Grattan C, Sabroe R, Greaves M. Chronic urticaria. J Am Acad Dermatol 2002; 46: 645-57.
12. Kaplan AP. Chronic urticaria: pathogenesis and treatment. J Allergy Clin Immunol. 2004; 114: 465-74.
13. Curto-Barredo L, Silvestre JF, Giménez-Arnau AM. Actualización en el tratamiento de la urticaria crónica. Actas Dermosifiliogr. 2014; 105(5):469-482.
14. O'Donnell BF, Lawlor F, Simpson J, Morgan M, Greaves MW. The impact of chronic urticaria on the quality of life. Br J Dermatol 1997; 136: 197-201.
15. Baiardini I, Braido F, Bindslev-Jensen C, Bousquet PJ, Brzoza Z, Canonica GW et al. Recommendations for assessing patient-report outcomes and health-related quality of life in patients with urticaria: a GA2LEN taskforce position paper. Allergy 2011; 66: 840-844.
16. Grattan CEH, Wallington TB, Warin RI- Kennedy CTC, Bracifield JW. A serological mediator in chronic idiopathic urticaria - a clinical, immunological and histological evaluation. Br J Dermatol 1986; 114:583-90.

17. Hide M, Francis DM, Grattan CEH, Hakimi J, Kochan-IP Greaves MW, Autoantibodies against the high-affinity Ig E receptor as a cause of histamine release in chronic urticaria, *N Engl J Med* 1993; 328:1599-604
18. Sabroe RA, Grattan CEH, Francis DM, Barr RM, Kobza Black A, Greaves MW. The autologous serum skin test: a screening test for autoantibodies in chronic idiopathic urticaria. *Br J Dermatol* 1999; 140:446-53.
19. Zauli D, Giorgi GD, Tovoli F. Sensitivity of autologous serum skin test for chronic autoimmune urticaria. *European Academy of Dermatology and Venereology* 2009; 23: 954-982.
20. Konstantinou GN. EAACI/GA2LEN task force consensus report: the autologous serum skin test in urticaria. *Allergy* 2009; 64: 1256-1268.
21. Altrich ML, Halsey J. Comparison of the in vivo autologous skin test with in vitro diagnostic tests for diagnosis of chronic autoimmune urticaria. *Allergy Asthma Proc* 2009; 30: 28-34.
22. Guttman-Yassky E, Bergman R, Maor C, et al. The autologous serum skin test in a cohort of chronic idiopathic urticaria patients compared to respiratory allergy patients and healthy individuals. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2007 Jan; 21(1):35-9.
23. Gorevic P, Kaplan A. The physical urticarias. *Int Dermatol*. 1980; 19: 417.
24. Kontou-Fili K, Borici-Mazi R, Kapp A et al. Physical urticaria : classification and diagnostic guidelines. An EAACI position paper. *Allergy* 1997; 52: 504-13.
25. Tratado de Alergología de la SEAIC (Sociedad Española de Alergia e Inmunología Clínica) En: Pelaez Hernández A, Dávila González JJ. Editorial Ergon / 2007. Cap 54:1031-1047.
26. Kobza Black, A. Delayed pressure urticaria. *J Investig Dermatol Symp Proc* 2001; 6:148-9.
27. Wanderer AA. Cold urticaria syndromes: historical background, diagnostic classification, clinical and laboratory characteristics, pathogenesis and management. *J Allergy Clin Immunol* 1990; 85: 965-981.
28. Carrasquer C, López-Baeza JL, Fernández M et al. Urticaria a frigore: características clínicas y diagnósticas *Alergol Inmunol Clin* 2001; 16: 218-224.
29. Veleiro Pérez B, Rico Díaz MA, Vila Sexto L. Urticaria de contacto y síndromes urticariformes inducidos por frío y alergia. *Galicia Clin* 2012; 73 (4): 151-159.
30. Uetsu N, Miyauchi-Hashimoto H, Okamoto H, Horio T. The clinical and photobiological characteristics of solar urticaria in 40 patients. *Br J Dermatol* 2000; 142:32-8
31. Monfrecola G, Masturzo E, Riccardo AM, et col. Solar urticaria: a report on 57 cases. *Am J Contact Dermat*. 2000; 11: 89-94.
32. Beattie Pe, Dawe RS, Ibbotson SH, Ferguson J. Characteristics and prognosis of idiopathic solar urticaria: a cohort of 87 cases. *Arch Dermatol* 2003; 139: 1149-54.
33. Eguino P, Lasa O, Gardeazabal J, Díaz-Pérez JL. Urticaria solar. Estudio de 20 casos. *Actas Dermosifiliogr*. 2005; 96:26-30.
34. Botto NC, Warshaw EM. Solar urticaria. *J Am Acad Dermatol* 2008; 59:909
35. Sanchez-Pedreño P. Fotodermatosis. En: Conejo-Mir J, Moreno JC, Camacho FM. *Manual de Dermatología 1ª ed*; SEc 6, cap35; 603-24. Grupo Aula Médica S.L. Madrid 2010.
36. Mackenzie LA. The analysis of ultraviolet radiation doses required to produce erythematous responses in normal skin. *Br J Dermatol* 1983; 108:1-9.
37. Diffey BL, Farr PM: Quantitative aspects of ultraviolet erythema. *Clin Phys Physiol Meas* 1991; 12:311-325
38. Allende I, Gardeazabal J, Lázaro M, et al. Urticaria solar: dificultades en el diagnóstico mediante el fototest. *Actas Dermosifiliogr* 2009; 100:524-5.
39. Sierra C, Fornes B, Palomar F et al. Fototest una herramienta indispensable en el diagnóstico de las fotodermatosis. *Rev Enfermería dermatológica* (11: 27-33) 2010.
40. De Argila D, Aguilera J, Sánchez J, García-Díez A Estudio de las fotodermatosis idiopáticas y exógenas. Parte II: el estudio fotobiológico. *Actas Dermosifiliogr*. 2014; 105(3):233-242.
41. Kaplan AP. Urticaria y angioedema. En: Wolf, Goldsmith, Katz, Gilchrest, Paller, Leffell. *Fitzpatrick Dermatología en Medicina General*. Ed Med Panamericana 7ª ed 2006; 37:330-343.
42. Magerl M, Borzova E, A. Gimnez-Arnau A, et al. The definition and diagnostic testing of physical and cholinergic urticarias-EAACI/GA2LEN/EDF/UNEV consensus panel recommendations. *Allergy* 2009; 64: 1715-1721.
43. Greaves M. Chronic urticaria. *J Allergy Clin Immunol* 2000; 105: 664-72.
44. Bindsley-Jensen C, Finzi A, Greaves M, Camarasa J et al. Chronic urticaria: diagnostic recommendations. *J Eur Acad Dermatol* 2000; 14:175-80.
45. Serra-Baldrich E, Alomar Muntañola A. Urticaria y angioedema. En: Conejo-Mir J, Moreno JC, Camacho FM. *Manual de Dermatología 1ª ed*; SEc 2, cap6: 99-109. Grupo Aula Médica S.L. Madrid 2010.
46. Helaskoski E, Suojalehto H, Virtanen H, et al. Occupational asthma, rhinitis, and contact urticaria caused by oxidative hair dyes in hairdressers. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2014; 112: 46-52.
47. Masperoi J, Cabrera H, Arduoso L et al. *Guía Argentina de Urticaria y Angioedema*. Medicina (Buenos Aires) 2014; 74 (Supl. I): 1-53.
48. Shelley W, Rawnsley HM. Aquagenic urticaria. Contact sensitivity reaction to water. *JAMA* 1964; 189:895-8.
49. Hernandez Santana J, Velasco Benito JA, García Dorado J, García Silva J, Armijo M. Estudio de dos nuevos casos de urticaria acuagénica. *Actas Dermosifiliogr*. 1991; 82 (6): 408-10.
50. Park HM, Kim HS, Yoo DS, Kim JW, Kim CW, Kim SS, et al. Aquagenic urticaria: a report of two cases. *Ann Dermatol*. 2011; 23 (Suppl 3): 371-4.
51. Buller Viqueira E, Cabello Pulido J y Buller Viqueira E. Urticaria Acuagénica. *Rev Clin Med Fam* 2016; 9(1): 57-59.
52. Criado PR, Fachini Jardim Criado R, Maruta C, Costa Martins JE, Rivitti E. Urticaria. *An.Bras.Dermatol* 2005, v.80 n.6: 183-185.
53. Berstein JA, Lang DM, Khan DA et al. The diagnosis and management of acute and chronic urticaria: 2014 update. *J Allergy Clin Immunol* 2014; 133:1270-7.
54. Ferrer M, Bartra J, Gimenez-Arnau A et al. Management of urticaria: not too complicated, not too simple. *ClinExp Allergy* 2015; 45 (4):731-743.
55. Mathias SD, Crosby RD, Zazzli et al. Evaluating the minimally important difference of the urticaria activity score and other measures of disease activity in patients with chronic idiopathic urticaria. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2012; 108:20-4.
56. Jauregui I, Ortiz de Frutos FJ, Ferrer M. Assessment of severity and quality of life in chronic urticaria. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2014; 24(2):80-6.
57. Baiardini, Pasquali M, Braido F et al. A new tool to evaluate the impact of chronic urticaria on quality of life: Chronic Urticaria Quality of Life Questionnaire (CU-QoL). *Allergy* 2005; 60:1073-8.
58. Valero A, Herdman M, Bartra J et al. Adaptation and validation of the Spanish version of the Chronic Urticaria Quality of Life Questionnaire (CU-Q2oL). *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2008; 18(6):426-32
59. Curto-Barredo L, Silvestre JF, Gimenez-Arnau AM. Actualización en el tratamiento de la urticaria crónica. *Actas Dermosifiliogr* 2014; 105(5):469-482.
60. Francés L, Leiva-Salinas M, Silvestre. Omalizumab en el tratamiento de la urticaria crónica. *Actas Dermosifiliogr* 2014; 105(1):45-52.
61. Zitelli KB, Cordero KM. Evidence-based evaluation and management of chronic urticaria in children. *Pediatr Dermatol*. 2011 Nov-Dec; 28(6):629-39.
62. Lawlor F. Urticaria and angioedema in pregnancy and lactation. *Immunol Allergy Clin North Am*. 2014 Feb; 34(1):149-56.

TRATAMIENTOS QUE MEJORAN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON HIPERHIDROSIS: REVISIÓN EXPLORATORIA.

TREATMENTS THAT IMPROVE THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH HYPERHIDROSIS: SCOPING REVIEW

Autoras: Carmen María Cuenca Simón⁽¹⁾, Concepción Sierra Talamantes⁽²⁾

(1) Enfermera. Máster en Deterioro de la Integridad Cutánea, Úlceras y Heridas.

(2) Enfermera. Hospital General Universitario de Valencia.

Contacto: carmen.cuenca.1982@gmail.com

Fecha de recepción: 20/11/2017

Fecha de aceptación: 30/12/2017

Nota: este trabajo recibió el Primer Premio en la modalidad de comunicación oral en el XIV Congreso Nacional de Enfermería Dermatológica, celebrado en Teruel del 20 al 21 de octubre de 2017.

RESUMEN:

Objetivo: Realizar una revisión exploratoria sobre los tratamientos que mejoran la calidad de vida en pacientes con hiperhidrosis.

Método: Estudio de revisión. Se efectuó una búsqueda de la literatura científica en las bases de datos de Pubmed y LILACS de los últimos cinco años (2012-2017) empleando descriptores en ciencias de la salud y los operadores booleanos OR y AND. Para el proceso de selección de la muestra se aplicaron criterios de selección (inclusión / exclusión) valorados mediante la escala de Jadad.

Resultados: La muestra a estudio quedó formada por siete ensayos clínicos. La edad media osciló entre los 25-35 años con predominio del género femenino. La escala más empleada para medir la calidad de vida fue HDSS y como método para cuantificar el sudor destacó la gravimetría. Los tratamientos más habituales fueron la oxibutinina, la onabotulinumtoxina A y la cureta de succión tumescente.

Conclusiones: Los tratamientos para la hiperhidrosis son efectivos y mejoran la calidad de vida del paciente. La ausencia de referencias enfocadas a los cuidados de enfermería nos conduce a plantearnos elaborar planes de cuidados dirigidos a mejorar su abordaje.

Palabras clave: Enfermedad del Sudor, Hiperhidrosis, Calidad de Vida.

ABSTRACT:

Objective: to carry out an exploratory review on the treatments that improve the quality of life in patients with hyperhidrosis.

Method: Review study. A search was made of the scientific literature in the Pubmed and LILACS databases of the last five years (2012-2017) using descriptors in health sciences and the boolean operators OR and AND. For the selection process of the sample, selection criteria (inclusion / exclusion) valued using the Jadad scale were applied.

Results: The study sample was formed by seven clinical trials. The average age ranged between 25-35 years with predominance of the female gender. The scale most used to measure quality of life was HDSS and as a method to quantify sweat highlighted gravimetry. The most common treatments were oxybutynin, onabotulinumtoxin A and tumescent suction curette.

Conclusions: The treatments for hyperhidrosis are effective and improve the quality of life of the patient. The absence of references focused on nursing care leads us to consider developing care plans aimed at improving their approach.

Keywords: sweating skinness, Hyperhidrosis, Quality of Life.

INTRODUCCIÓN:

El mantenimiento de la temperatura corporal dentro de unos límites fisiológicos es fundamental para la supervivencia humana. El principal mecanismo termorregulador con el que contamos es la transpiración, un mecanismo de acción de la piel por el cual se excreta una solución débil de cloruro sódico a través de unas estructuras llamadas glándulas sudoríparas^(1,2).

Una de las principales patologías secundarias a un mal funcionamiento en la secreción del sudor, es la hiperhidrosis, la cual se define como el exceso de sudoración necesaria para una correcta termorregulación⁽³⁾.

La hiperhidrosis se clasifica según su etiología en primaria y secundaria. Atendiendo a la primaria, también denominada idiopática, aparece en pacientes sanos y no está relacionada con otra patología. En cambio, la hiperhidrosis secundaria, surge como consecuencia de patologías endocrinas, infecciosas, tumorales, neurológicas y como efectos secundarios a fármacos como los opioides, antidepresivos, calcioantagonistas, quimioterápicos y algunos AINEs^(3,4). Según la localización, puede ser hiperhidrosis localizada o focal cuando afecta a zonas concretas como palmas, plantas y axilas e hiperhidrosis generalizada cuando afecta a todas las glándulas ecrinas del cuerpo⁽⁵⁾.

En nuestro país, se estima que la prevalencia de esta patología se sitúa en el 2,8% siendo más frecuente entre los adultos jóvenes, aunque sin diferencia de género⁽⁶⁾.

La hiperhidrosis tiene un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes, afectando su estado social, profesional y psicológico, llegando en ocasiones a producir alteraciones psicológicas como depresión en muchas de ellas⁽⁷⁾.

En cuanto al tratamiento, encontramos: medidas relacionadas con la vestimenta, con la higiene corporal y con la alimentación, técnicas de relajación, tratamiento tópico (sales de aluminio, glicopirrolato, iontoforesis, toxina botulínica), tratamiento sistémico (anticolinérgicos, beta-bloqueantes, sedantes) y tratamiento quirúrgico (simpatectomía torácica endoscópica)^(4,8-10).

Basándonos en el paciente como un ser biopsicosocial y observándolo desde la perspectiva enfermera, la patología de la hiperhidrosis puede alterar dominios como el de la nutrición, percepción/cognición, autopercepción, rol /relaciones, afrontamiento/tolerancia al estrés, seguridad/protección y confort⁽¹¹⁾.

El presente trabajo puede ayudar a diseñar posibles estrategias que ayuden a identificar los abundantes problemas relacionados con la patología, así como mejorar la asistencia que el

profesional de enfermería puede ofrecer a sus pacientes teniendo en cuenta las distintas variables que intervienen para que, de esta forma, podamos mejorar la calidad de vida del paciente.

Se planteó la hipótesis: el empleo de medidas higiénicas, técnicas de relajación, sales de aluminio, glicopirrolato, iontoforesis, toxina botulínica, medicación oral y la cirugía de simpatectomía, son tratamientos efectivos que mejoran la hiperhidrosis y con ello la calidad de vida en los pacientes con esta patología.

El objetivo principal fue realizar una revisión bibliográfica de la literatura científica sobre los tratamientos que mejoran la calidad de vida en pacientes con hiperhidrosis.

Los objetivos secundarios fueron:

- Conocer el perfil epidemiológico de los pacientes que solicitan tratamiento.
- Evaluar la efectividad de los tratamientos: medidas higiénicas, técnicas de relajación, sales de aluminio, glicopirrolato, iontoforesis, toxina botulínica, medicación oral y cirugía de simpatectomía.
- Conocer si existen programas de salud específicos de la hiperhidrosis.
- Describir si se aplican medidas para aliviar el dolor durante la realización de las técnicas.
- Identificar los cuidados de enfermería dirigidos al tratamiento de la patología y si sus intervenciones mejoran la calidad de vida del paciente.

METODOLOGÍA:

Nuestra pregunta de investigación fue: ¿Qué tratamientos mejoran la hiperhidrosis y con ello la calidad de vida en pacientes con esta patología?

La planificación y búsqueda sistemática de la literatura se realizó desde febrero a mayo del 2017.

La estrategia de búsqueda de los artículos se realizó en las bases de datos PubMed y LILACS. Se descartaron las bases de datos CUIDEN y ENFISPO debido a que no se hallaron artículos de ensayos clínicos que cumplieran con nuestra pregunta de investigación.

Las ecuaciones de búsqueda resultantes de la combinación de MESH y DeCS fueron:

PubMed: (((Sweat) OR Sweating Sickness) OR Hyperhidrosis) AND (((Therapeutics) OR General Surgery) OR Therapy) AND Quality of Life.

LILACS: (sudor OR enfermedad del sudor OR hiperhidrosis) AND (tw:(terapéutica OR cirugía general OR terapia) AND (tw:(calidad de vida) AND (instance:"regional") AND (db:("LILACS"))).

Los criterios de selección de la muestra fueron:

Criterios de inclusión: estudios que reflejen calidad de vida en los tratamientos para la hiperhidrosis. Ensayos clínicos, ensayos clínicos aleatorizados y ensayos clínicos controlados. Se incluyeron los artículos publicados desde el 20 de marzo de 2012 hasta el 1 de mayo de 2017. Artículos publicados en español e inglés.

Criterios de exclusión: artículos publicados antes del 20 de marzo de 2012. Artículos publicados en un idioma distinto al español o inglés. Estudios que obtengan menos de tres puntos en la escala Jadad. Duplicidad de estudios.

El número total de los artículos obtenidos en las bases de datos de PubMed y LILACS fue de 94. Únicamente se obtuvo un resultado repetido, por lo que el número de artículos se redujo a 93. Se eliminaron los artículos publicados antes del 20 de marzo del 2012, reduciendo el total de artículos a 90. Se descartaron los estudios que no reflejaban en el título y resumen el interés de nuestra revisión, es decir, que no cumplían con nuestra pregunta de investigación, reduciendo el total de artículos a 21.

Finalmente, para evaluar la validez y calidad de los ensayos clínicos, se seleccionó la escala de Jadad debido a su facilidad de uso, además de ser la escala más empleada. La escala consta de cinco ítems, considerando con una puntuación menor de 3 los ensayos de calidad pobre^(12,13). Aplicada la escala de Jadad, se redujo la muestra total de artículos a 7^(imagen 1) (Anexo 1).

Se emplearon variables sociodemográficas, métodos para medir la calidad de vida, métodos para cuantificar el sudor, tratamientos empleados y las propias de una revisión exploratoria.

RESULTADOS:

Los siete artículos que fueron seleccionados estaban indexados en la base de datos de PubMed. El año 2014 fue el año en el que más estudios fueron publicados (n=3), seguido de 2013 (n=2)

y 2015 (n=2). Todos los artículos que finalmente formaron parte de la revisión fueron escritos en lengua inglesa; aunque todos eran de diferentes países.

Según la fuente de publicación^(imagen 2), la revista que integró un mayor número de publicaciones (n=2) fue Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. Cinco artículos estaban publicados en revista con factor de impacto JCR.

Según la puntuación en la escala Jadad, los estudios que obtuvieron la máxima puntuación y por lo tanto muestran una mayor calidad metodológica, fueron los realizados por Schollhammer M. et al⁽¹⁴⁾ y Hyun MY et al⁽¹⁵⁾ ^(imagen 3).

El género femenino destacó sobre el masculino según la población estudiada. En lo referente al número de muestra, el estudio de Müller C et al, destacó muy por encima del resto de estudios con una muestra total de 267 participantes^(imagen 4).

La edad media se situó entre los 25,5 y los 35,1 años^(imagen 5).

La escala más empleada para valorar la calidad de vida del paciente con hiperhidrosis fue la HDSS^(imagen 6), y el método utilizado para valorar la producción de sudor, la gravimetría^(imagen 7).

Referente a los tratamientos, la oxibutinina, la onabotulinumtoxina A y la cureta de succión tumescente destacaron, aunque sólo un punto por encima del resto de tratamientos ^(imagen 8).

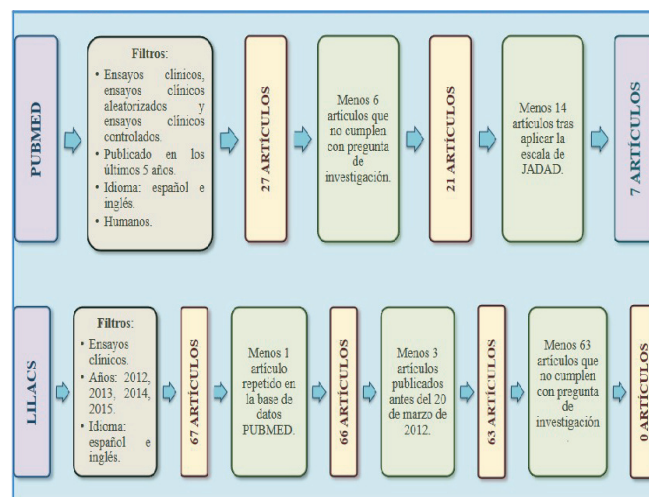


Imagen 1. Proceso de selección de la muestra.

El efecto secundario más común en los siete ensayos clínicos ha sido el dolor, seguido de la sequedad bucal, la hiperpigmentación y la disestesia. Sin embargo, en ningún ensayo se hace referencia al modo de abordarlo. Lo mismo sucede con el resto de efectos secundarios, a excepción de la disestesia, en la que se colocó un parche transdérmico de lidocaína en los pacientes que la padecieron. Los cuidados de enfermería estuvieron presentes únicamente en dos ensayos clínicos.

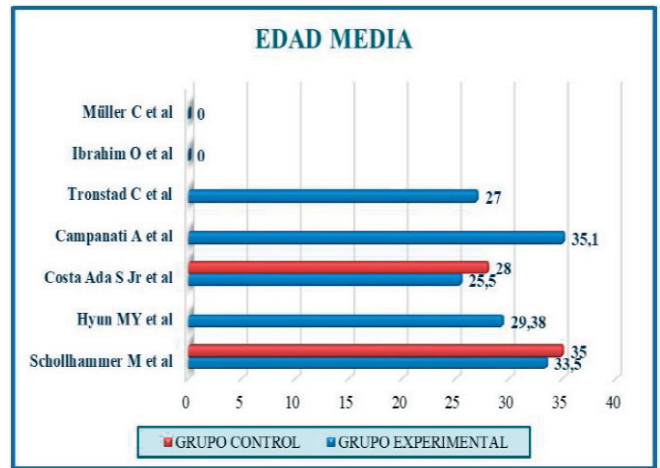


Imagen 5. Media de edad de los participantes.

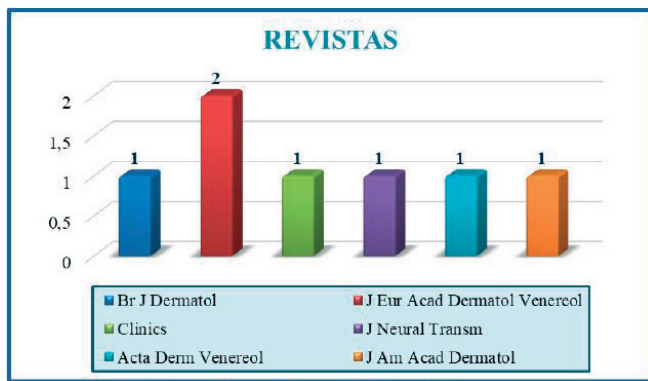


Imagen 2. Fuentes de publicación.



Imagen 6. Valoración de la hiperhidrosis.

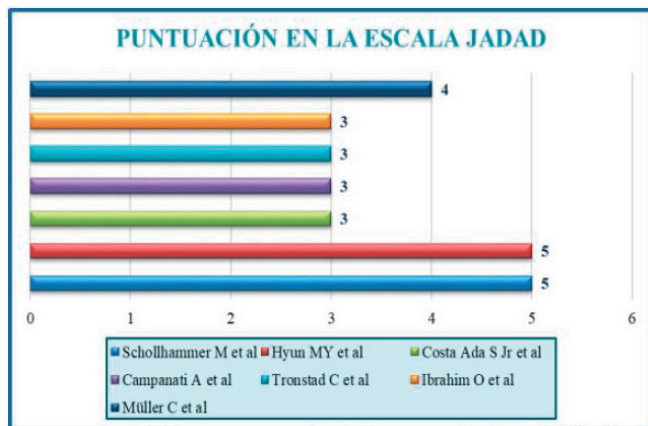


Imagen 3. Valores según la escala de Jadad.



Imagen 7. Cuantificar la producción de sudor.

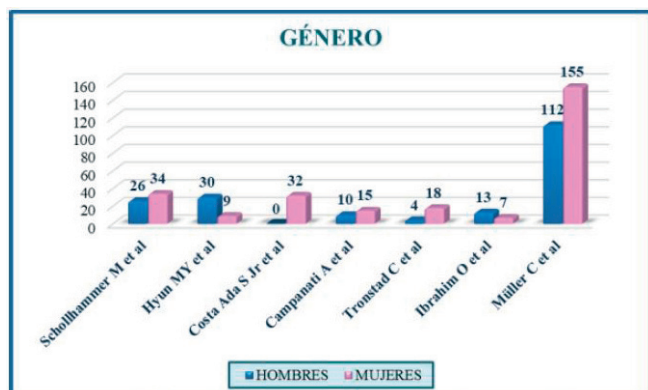


Imagen 4. Participantes según cada estudio.

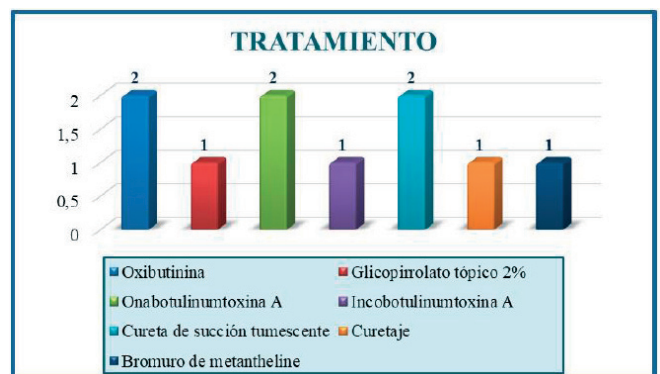


Imagen 8. Tipos de tratamiento hiperhidrosis.

Sobre los resultados de las escalas de calidad de vida, en todos los ensayos clínicos hubo una mejora de la calidad de vida^(imagen 9).

	HDSS	DLQI	A-QoL HH	VAS
Schollhammer M et al ¹⁴	Mejora 3 puntos	Mejora (6 - 9)	∅	∅
Hyun MY et al ¹⁵	Mejora de 3,05 a 1,08 puntos	∅	∅	∅
Costa Ada S Jr et al ¹⁷	∅	∅	Pasa de «buena» o «muy buena» a «excelente» (17,5 ± 11,9)	∅
Campanati A et al ¹⁸	Mejora 2 puntos	∅	∅	∅
Tronstad C et al ²⁶	∅	∅	∅	Mejora (diferencia media de 1,6 puntos)
Ibrahim O et al ²⁷	Disminuye de 3 a 1,45 puntos a los 3 meses	∅	∅	∅
Müller C et al ¹⁶	Mejora de 3,2 a 2,4 puntos a los 28 días	Mejora de 16,6 a 9,7 puntos a los 28 días	∅	∅

Imagen 9. Escalas de calidad de vida.

Por tanto, contestando a la hipótesis, podemos afirmar que la oxibutinina, el glicopirrolato tópico al 2%, la onabotulinumtoxina A y la incobotulinumtoxina A, la técnica quirúrgica de cureta de succión tumescente y el MB, son tratamientos efectivos que mejoran la hiperhidrosis y la calidad de vida en los pacientes con esta patología.

DISCUSIÓN:

Todos los ensayos clínicos incluidos en la revisión, fueron seleccionados de la base de datos de Pubmed. Únicamente se obtuvieron ensayos clínicos con calidad metodológica según la escala de Jadad publicados en los años 2013, 2014 y 2015. Los siete ensayos clínicos analizados se realizaron en 7 países diferentes, sin embargo, el idioma de los estudios fue la lengua inglesa. La ausencia de investigaciones realizadas en nuestro país, pone de manifiesto la necesidad de darle mayor importancia a la patología de la hiperhidrosis, así como para abrir futuras líneas de investigación.

En lo referente a las variables sociodemográficas, predominó en el total de los siete ensayos clínicos, el género femenino con 270 mujeres estudiadas frente a 195 hombres, aunque sin diferencias estadísticas en los resultados.

La edad media varió entre los 25,5 años del estudio de Costa Ada S Jr et al⁽¹⁷⁾, a los 35,1 años del estudio de Campanati A et al⁽¹⁸⁾.

En cuanto al método para analizar la calidad de vida de los pacientes mediante escalas de valoración, destaca la HDSS como la más empleada. Los estudios de Schollhammer M et al⁽¹⁴⁾ y Müller C et al⁽¹⁶⁾ fueron los únicos que emplearon dos escalas, la HDSS y DLQI.

Todos los ensayos estudiaron la producción del sudor objetiva, a excepción del realizado por Schollhammer M et al⁽¹⁴⁾ que únicamente midió la calidad de vida mediante escalas de valoración. La gravimetría fue el método de elección en la mayoría de los ensayos clínicos.

Los tratamientos estudiados en los diferentes ensayos clínicos fueron: glicopirrolato tópico 2%, la toxina botulínica en forma de onabotulinumtoxina A e incobotulinumtoxina A, las técnicas quirúrgicas de curetaje de succión tumescente superficial y curetaje solamente y como medicación oral, la oxibutinina y el MB (ambos fármacos anticolinérgicos). No se han encontrado ensayos clínicos en los que se hayan estudiado las medidas higiénicas, técnicas de relajación, iontoforesis y sales de aluminio, por lo que desconocemos su efectividad.

Se han hallado más estudios sobre la eficacia de la oxibutinina como el realizado por Teivelis et al⁽¹⁹⁾ y los de Wolosker et al⁽²⁰⁻²²⁾ los cuales confirmaron del mismo modo la eficacia del tratamiento con oxibutinina en la hiperhidrosis plantar, palmar y axilar. La oxibutinina también ha demostrado su eficacia en niños de edades entre los 7 y 14 años⁽²³⁾.

Del mismo modo, la onabotulinumtoxina A ha sido estudiada en diferentes estudios como el de MOBILITY⁽²⁴⁾ realizado en Canadá entre los años 2007 y 2012 el cual obtuvo datos importantes sobre la calidad de vida en pacientes con hiperhidrosis mostrando una mejora de ésta en los resultados del tratamiento a largo plazo.

Glaser et al⁽²⁵⁾ también estudiaron la eficacia de la onabotulinumtoxina A, aunque en su caso se centraron en adolescentes de edades comprendidas entre los 12 y los 17 años de edad con hiperhidrosis axilar primaria. La calidad fue medida con la escala HDSS la cual mejoró significativamente tras ocho semanas de tratamiento, además se redujo la producción de sudor de los pacientes.

En el estudio de Campanati A et al⁽¹⁸⁾ midieron el dolor de las inyecciones con la escala VAS

del dolor. Del mismo modo, Tronstad C et al⁽²⁶⁾ valoraron el dolor postoperatorio, sin embargo, no consta que se empleara ninguna medida para aliviarlo o eliminarlo.

Destaca la escasa valoración del papel de la enfermería en los diferentes ensayos clínicos. Únicamente los estudios de Tronstad C et al⁽²⁶⁾ y Campanati A et al⁽¹⁸⁾ nombran a enfermeras. En el primero, agradecen a una enfermera su papel durante la intervención quirúrgica y los exámenes posteriores. En el segundo, una enfermera externa al estudio es la encargada de la dilución de los viales de toxina botulínica tipo A liofilizada en 5 ml de solución salina estéril al 0,9%.

No se ha hallado en la bibliografía consultada una escalera de tratamiento donde orientar al profesional sanitario en la elección del mismo según el grado de hiperhidrosis. Por ello, sería interesante implementar una estrategia de tratamiento, así como un protocolo de actuación que facilite al personal sanitario en el ejercicio de su profesión.

Debido a la escasez de estudios relacionados con los tratamientos que mejoran la calidad de vida en pacientes con hiperhidrosis, la presente revisión exploratoria puede servir como arranque para futuras investigaciones, así como para orientar a los profesionales de enfermería en su labor asistencial y docente con dicha patología, mejorando, de este modo, los cuidados prestados y realizando una educación para la salud adecuada con el fin de proporcionar una mejor calidad de vida al paciente.

Referente a las limitaciones de la presente revisión, señalar la escasa de obtención de ensayos clínicos con calidad metodológica, ya que solamente se obtuvieron siete ensayos de los veintidós artículos resultantes en la base de datos de PubMed. El idioma fue otra limitación importante debido a que únicamente se incluyeron en la revisión bibliográfica los artículos publicados en español e inglés.

La ausencia de valoración del rol de enfermería en el afrontamiento de esta patología nos lleva a reflexionar sobre si los estudios analizados respondían a planteamientos de equipos multidisciplinarios o si más bien eran solo un análisis médico de la patología.

CONCLUSIONES:

Las principales conclusiones sobre la revisión realizada son:

- El perfil del paciente que mayoritariamente solicita tratamiento, es el género femenino con una edad media entre los 25,5 y los 35,1 años.
- La oxibutinina, el MB, el glicopirrolato tópico al 2%, la onabotulinumtoxina A y la incobotulinumtoxina A y la técnica quirúrgica de cureta de succión tumescente, son tratamientos efectivos que mejoran la hiperhidrosis y la calidad de vida en pacientes con esta patología.
- No se han hallado programas de salud específicos para el tratamiento de la hiperhidrosis, tampoco una escalera de tratamiento donde orientar al profesional sanitario en la elección del mismo según el grado de hiperhidrosis.
- Hay escasa evaluación del dolor y ausencia de medidas para aliviarlo o eliminarlo.
- No se han encontrado ensayos clínicos enfocados hacia los cuidados de enfermería en la patología de la hiperhidrosis.

CONFLICTOS DE INTERÉS:

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

FINANCIACIÓN:

Los autores declaran que no se ha recibido ningún tipo de financiación para llevar a cabo el trabajo de investigación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shibasaki M, Crandall CG. Mechanisms and controllers of eccrine sweating in humans. *Front Biosci (Schol Ed)*. 2010 Jan 1;2:685-96.
2. de la Torre Fraga JC, Mesa Álvarez L. Fisiología del sudor. *Piel*. 2016; 31:350-9.
3. Callejas MA, Grimalt R, Cladellas E. [Hyperhidrosis update]. *Actas Dermosifiliogr*. 2010 Mar;101(2):110-8.
4. González Fernández D, Pérez Oliva N. Actualización en hiperhidrosis focal primaria. *Med Cutan Iber Lat Am* 2012;40(6):173-180.
5. Grimalt i Santacana R, Callejas Pérez MA. Hiperhidrosis. Diagnóstico y tratamiento actuales. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2004.
6. Sanmartín Novell V, Soria Gili X, Casanova Seuma JM. Hiperhidrosis. *FMC*. 2007;14(9):566-72.
7. Hamm H. Impact of hyperhidrosis on quality of life and its assessment. *Dermatol Clin*. 2014 Oct;32(4):467-76.
8. Academia Española de Dermatología y Venereología. Guía de la hiperhidrosis. Barcelona: AEDV; 2006.
9. Stefaniak TJ, Dobosz Ł, Kaczor M, Wigo M. Diagnosis and treatment of primary hyperhidrosis. *Pol Przegl Chir*. 2013 Sep;85(9):527-43.
10. Cerfolio RJ, De Campos JR, Bryant AS, Connery CP, Miller DL, DeCamp MM et al. The Society of Thoracic Surgeons expert consensus for the surgical treatment of hyperhidrosis. *Ann Thorac Surg*. 2011 May;91(5):1642-8.
11. Herdman TH, editora. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2012-2014. Madrid: Elsevier; 2013.
12. Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJ, Gaghan DJ, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? *Control Clin Trials*. 1996 Feb;17(1):1-12.
13. Cascaes da Silva F, Valdivia Arancibia BA, da Rosa Iop R, Barbosa Gutierrez Filho PJ, da Silva R. Escalas y listas de evaluación de la calidad de estudios científicos. *Rev cuba inf ciencia salud* 2013;24(3):295-312.
14. Schollhammer M, Brenaut E, Menard-Andivot N, Pilette-Delaurie M, Zagnoli A, Chassain-Le Lay M et al. Oxybutynin as a treatment for generalized hyperhidrosis: a randomized, placebo-controlled trial. *Br J Dermatol*. 2015 Nov;173(5):1163-8.
15. Hyun MY, Son IP, Lee Y, Choi HG, Park KY, Li K et al. Efficacy and safety of topical glycopyrrolate in patients with facial hyperhidrosis: a randomized, multicentre, double-blinded, placebo-controlled, split-face study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015 Feb;29(2):278-82
16. Müller C, Berensmeier A, Hamm H, Dirschka T, Reich K, Fischer T et al. Efficacy and safety of methantheline bromide (Vagantín®) in axillary and palmar hyperhidrosis: results from a multicenter, randomized, placebo-controlled trial. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2013 Oct;27(10):1278-84.
17. Costa Ada S Jr, Leão LE, Succi JE, Perfeito JA, Filho Castelo A, Rymkiewicz E et al. Randomized trial - oxybutynin for treatment of persistent plantar hyperhidrosis in women after sympathectomy. *Clinics (Sao Paulo)*. 2014 Feb;69(2):101-5.
18. Campanati A, Giuliodori K, Martina E, Giuliano A, Ganzetti G, Offidani A. Onabotulinumtoxin type A (Botox®) versus Incobotulinumtoxin type A (Xeomin®) in the treatment of focal idiopathic palmar hyperhidrosis: results of a comparative double-blind clinical trial. *J Neural Transm (Vienna)*. 2014 Jan;121(1):21-6.
19. Teivelis MP, Wolosker N, Krutman M, Milanez de Campos JR, Kauffman P, Puech-Leão P. Compensatory hyperhidrosis: results of pharmacologic treatment with oxybutynin. *Ann Thorac Surg*. 2014 Nov;98(5):1797-802.
20. Wolosker N, de Campos JR, Kauffman P, Puech-Leão P. A randomized placebo-controlled trial of oxybutynin for the initial treatment of palmar and axillary hyperhidrosis. *J Vasc Surg*. 2012 Jun;55(6):1696-700.
21. Wolosker N, Teivelis MP, Krutman M, de Paula RP, Kauffman P, de Campos JR et al. Long-term results of the use of oxybutynin for the treatment of axillary hyperhidrosis. *Ann Vasc Surg*. 2014 Jul;28(5):1106-12.
22. Wolosker N, Teivelis MP, Krutman M, de Paula RP, Kauffman P, de Campos JR et al. Long-term results of the use of oxybutynin for the treatment of plantar hyperhidrosis. *Int J Dermatol*. 2015;54(5):605-11.
23. Wolosker N, Schwartsman C, Krutman M, Campbell TP, Kauffman P, de Campos JR et al. Efficacy and quality of life outcomes of oxybutynin for treating palmar hyperhidrosis in children younger than 14 years old. *Pediatr Dermatol*. 2014 Jan-Feb;31(1):48-53.
24. Jog M, Wein T, Bhogal M, Dhani S, Miller R, Ismail F et al. Real-World, Long-Term Quality of Life Following Therapeutic OnabotulinumtoxinA Treatment. *Can J Neurol Sci*. 2016 Sep;43(5):687-96.
25. Glaser DA, Pariser DM, Hebert AA, Landells I, Somogyi C, Weng E et al. A Prospective, Nonrandomized, Open-Label Study of the Efficacy and Safety of OnabotulinumtoxinA in Adolescents with Primary Axillary Hyperhidrosis. *Pediatr Dermatol*. 2015 Sep-Oct;32(5):609-17.
26. Tronstad C, Helsing P, Tønseth KA, Grimnes S, Krogstad AL. Tumescence suction curettage vs. curettage only for treatment of axillary hyperhidrosis evaluated by subjective and new objective methods. *Acta Derm Venereol*. 2014 Mar;94(2):215-20.
27. Ibrahim O, Kakar R, Bolotin D, Nodzinski M, Disphanurat W, Pace N et al. The comparative effectiveness of suction-curettage and onabotulinumtoxin-A injections for the treatment of primary focal axillary hyperhidrosis: a randomized control trial. *J Am Acad Dermatol*. 2013 Jul;69(1):88-95.

Anexo 1: Estudios seleccionados.

AUTORES	TÍTULO	AÑO	TRATAMIENTO	RESULTADOS		
Schollhammer M et al ¹⁴ (FRANCIA)	Oxybutynin as a treatment for generalized hyperhidrosis: a randomized, placebo-controlled trial	2015	Oxibutinina Dosis: 2, 5 mg/día Aumento gradual a 7, 5 mg/día	Género: 26 hombres; 34 mujeres		
				Calidad de vida	HDSS (P <0,01)	
					Oxibutinina: Mejoría en el 60%	Placebo: Mejoría en el 27%
					DLQI (P <0,01)	
Efecto secundario	Boca seca 43% (P <0 01)					
Hyun MY et al ¹⁵ (KOREA)	Efficacy and safety of topical glycopyrrolate in patients with facial hyperhidrosis: a randomized, multicentre, double-blinded, placebo-controlled, split-face study.	2015	Glicopirrolato tópico al 2%. Frente: 1/día durante 9 días	Género: 30 hombres; 9 mujeres		
				Calidad de vida	HDSS (P > 0,025) Mejora la puntuación en la zona con Glicopirrolato 2%	
				Gravimetría	Reducción en la tasa de producción de sudor en la frente con Glicopirrolato 2% (P <0,025)	
Efecto secundario	Exento de efectos secundarios dérmicos					
Costa Ada S Jr et al ¹⁷ (BRASIL)	Randomized trial - oxybutynin for treatment of persistent plantar hyperhidrosis in women after sympathectomy.	2014	Oxibutinina Dosis: 2,5 mg/día Aumento gradual a 10 mg/día durante 30 días	Género: 32 mujeres		
				Calidad de vida	A-QoL HH	
					Oxibutinina: 17,5 ± 11,9 Excelente (P = 0,001)	Placebo: 33,2 ± 15,3 Muy bueno (P = 0,099)
				Delfin Vapometer [®]	Disminución significativa de pérdida de agua transepidérmica con Oxibutinina (P = 0,001)	
Efecto secundario	Boca seca 100% (P = 0,001)					
Campanati A et al ¹⁸ (ITALIA)	Onabotulinumtoxin type A (Botox [®]) versus Incobotulinumtoxin type A (Xeomin [®]) in the treatment of focal idiopathic palmar hyperhidrosis: results of a comparative double-blind clinical trial.	2014	Onabotulinumtoxina A Incobotulinumtoxina A Dosis inyectada total por mano: 100 a 150 unidades de ratón	Género: 10 hombres; 15 mujeres		
				Calidad de vida	HDSS (P <0,0001) Mejora de 2 puntos	
				Test Minor	Reducción del 80% en la producción de sudor. No hubo diferencias significativas entre la Onabotulinumtoxina A y la Incobotulinumtoxina A a corto plazo	
Efecto secundario	∅					
Tronstad C et al ²⁶ (NORUEGA)	Tumescent suction curettage vs. curettage only for treatment of axillary hyperhidrosis evaluated by subjective and new objective methods.	2014	Cureta de succión tumescente Curetaje solamente *Cada axila se asignó al azar	Género: 4 hombres; 18 mujeres		
				Calidad de vida	VAS (P <0,01) Reducción significativa en la sudoración auto-evaluada en todas las visitas postoperatorias	
				Gravimetría	Valores significativamente más bajos para la axila tratada con cureta de succión tumescente (P = 0,028)	
Efecto secundario	Un paciente que recibió succión con curetaje experimentó dolor neuropático postoperatorio, que duró durante el período observacional					

Ibrahim O et al²⁷ (EEUU)	The comparative effectiveness of suction-curettage and onabotulinumtoxin-A injections for the treatment of primary focal axillary hyperhidrosis: a randomized control trial.	2013	Inyección de Onabotulinumtoxin a A a una axila y curetaje por succión a la axila contralateral	Género: 13 hombres; 7 mujeres		
				Calidad de vida	HDSS	
					<u>Toxina:</u> 1,45 puntos a los 3 meses (P = 0,0001)	<u>Curetaje:</u> 2,25 puntos a los 3 meses (P = 0,0005)
				Gravimetría	Las inyecciones de toxina disminuyeron la producción de sudor basal de reposo en un 72,1% frente a un 60,4% (P = 0,29) para el curetaje por succión	
Efecto secundario	No hubo efectos secundarios no esperados					
Müller C et al¹⁶ (ALEMANIA)	Efficacy and safety of methantheline bromide (Vagantin®) in axillary and palmar hyperhidrosis: results from a multicenter, randomized, placebo-controlled trial.	2013	MB Dosis: 3 a 50 mg/día durante 28 ± 1 días	Género: 112 hombres; 155 mujeres		
				Calidad de vida	HDSS (P = 0,002)	
					<u>MB:</u> 2,4 puntos	<u>Placebo:</u> 2,7 puntos
					DLQI (P = 0,003)	
				<u>MB:</u> 9,7 puntos	<u>Placebo:</u> 12,2 puntos	
Gravimetría	El día 28 ± 1, la producción media de sudor axilar fue de 99 mg. Reducción del 41,0% (P = 0,004)					
Efecto secundario	Boca seca (88 casos)					

¿LAS ENFERMEDADES DE LA PIEL SON MÁS COMUNES EN PERSONAS CON TRASTORNOS DE PERSONALIDAD?

ARE SKIN DISEASES MORE COMMON IN PEOPLE WITH PERSONALITY DISORDERS?

Autores: Guillem Lera Calatayud⁽¹⁾, Sara Giner Brocal⁽²⁾, Elena Castellano Rioja⁽³⁾, Francesc Giner Zaragoza⁽⁴⁾.

(1) Médico psiquiatra. Hospital de La Ribera. Unidad de Salud Mental de Sueca. Director de Docencia e Investigación en Psiquiatría.

(2) DUE. Hospital de La Ribera. Máster universitario en integridad de la piel. Universidad Católica de Valencia.

(3) DUE. Responsable de Postgrado en Facultad de Enfermería. Universidad Católica de Valencia.

(4) Médico psiquiatra. Hospital de La Ribera. Unidad de Salud Mental de Sueca.

Contacto: guillemlera@gmail.com

Fecha de recepción: 31/10/2017

Fecha de aceptación: 30/12/2017

RESUMEN:

Objetivo: Conocer cuántas personas en una muestra de pacientes de una unidad de salud mental ambulatoria sufren enfermedades psicodermatológicas, cuáles son estas enfermedades psicodermatológicas y si son más comunes en cualquier grupo de Trastorno de Personalidad.

Métodos: Estudio caso-control, observacional, analítico, longitudinal, retrospectivo. Hubo dos grupos de población según la presencia o ausencia de psicodermatosis. En ambos grupos se evaluó la existencia de un factor de exposición (Trastorno de Personalidad). Se utilizó el cuestionario de cribado Salamanca para diagnosticar el Trastorno de Personalidad.

Resultados: la muestra fue de 187 pacientes. Los problemas psicodermatológicos más comunes fueron acné y dermatitis seborreica seguidos de alopecia areata, dermatitis atópica y psoriasis. Las personas diagnosticadas de Trastorno de Personalidad no tenían más psicodermatosis que el grupo control. Los pacientes del clúster A tenían menos psicodermatosis que el grupo control.

Conclusiones: Las psicodermatosis más frecuentes en este estudio han sido la dermatitis seborreica, la psoriasis y la alopecia. No existe tendencia a la asociación de los trastornos de personalidad como factores de riesgo de las dermatosis inflamatorias. Los rasgos de la personalidad del clúster A actúan en nuestro estudio como factores protectores para el desarrollo de las psicodermatosis.

Palabras clave: Psicodermatosis, trastorno de personalidad, enfermedad cutánea.

ABSTRACT:

Objective: To know how many people in a sample of patients from the Outpatient Mental Health Unit suffer psychodermatologic diseases, which are these psychodermatologic diseases and if they are more common in any group of Personality Disorder.

Methods: Case-control study, observational, analytical, longitudinal, retrospective. There were two population groups according to the presence or absence of psychodermatosis. In both groups the existence of an exposure factor (Personality Disorder) was evaluated. The Salamanca screening questionnaire was used to diagnose Personality Disorder.

Results: The sample was 187 patients. The most common psychodermatologic problems were acne and seborrheic dermatitis followed by alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. People diagnosed with Personality Disorder had no more psychodermatosis than the control group. Cluster A patients had less psychodermatosis than the control group.

Conclusions: The most frequent psychodermatosis in this study have been seborrheic dermatitis, psoriasis and alopecia. There is no tendency to associate personality disorders as risk factors for inflammatory dermatoses. The personality traits of cluster A performed in our study as protective factors for the development of psychodermatosis.

Key words: Psychodermatosis, personality disorder, skin disease.

INTRODUCCIÓN:

Un trastorno psicodermatológico es una condición que implica una interacción entre la mente y la piel^(1,2). La gestión eficaz de al menos un tercio de los pacientes que acuden al departamento de la piel depende, en cierta medida, del reconocimiento de factores emocionales y psicológicos⁽³⁾. Es evidente que las enfermedades dermatológicas influyen en la esfera emocional del paciente. Recíprocamente, la piel es el espejo somático de emociones tales como ansiedad, cólera, alegría, tristeza o disgusto. De ahí el término somatización, o transformación de problemas psíquicos en trastornos orgánicos, a través del sustrato biológico asociado, el sistema neuroendocrino-inmuno-cutáneo⁽⁴⁾.

Los trastornos psicodermatológicos se dividen en tres categorías: trastornos psicofisiológicos, trastornos psiquiátricos primarios y trastornos psiquiátricos secundarios⁽¹⁾. La clasificación de Koo se puede ver en la **tabla 1**, que incluye tres categorías. Una de ellas, los Desórdenes Psicofisiológicos, está asociada con trastornos de la piel que no están directamente relacionados con enfermedades mentales, pero que reaccionan a los estados emocionales, como los producidos por el estrés intenso o crónico con maneras personales inadecuadas de adaptación a los factores estresantes (rasgos de personalidad). Las otras dos categorías son secundarias a problemas mentales (dermatitis artefacta, escoriaciones neuróticas, tricotilomanía, etc.) o generadoras de enfermedad psiquiátrica (toda dermatosis crónica y deformante p. ej. puede provocar estados depresivos y/o ansiedad excesiva). En todas ellas, las emociones son el nexo de asociación entre la esfera psíquica y la somática.

Trastornos psicofisiológicos	Trastornos psiquiátricos primarios	Trastornos psiquiátricos secundarios
Psoriasis Dermatitis atópica Acné Hiperhidrosis Urticaria Infección por virus herpes simplex Dermatitis seborreica Aftosis Rosácea Prurito psicógeno	Dermatitis artefacta Delirios de parasitosis Tricotilomanía Estados fóbicos Dismorfofobia Trastornos alimentarios Excoriaciones neuróticas Prurigo nodular	Alopecia areata Vitiligo Psoriasis extensa Eczema crónico Síndrome ictiosiforme Rinofima Neurofibroma Albinismo

Tabla 1. Clasificación de las psicodermatosis según Koo et al (2001).

Las alteraciones neurobiológicas de los psicodermatosis incluyen una sensibilidad autóctona exagerada de la amígdala y de otras zonas del sistema del procesamiento emocional, ante estresores comunes. La activación desregulada del sistema implica de manera crónica que existen alteraciones en la regulación simpática y parasimpática. En general, se postula que en respuesta al estrés psicofisiológico (activación del eje hipotálamo-hipofisiario-adrenal) se produce un aumento de la estimulación adrenérgica y de las citoquinas proinflamatorias, generando modificaciones en el sistema inmunológico (cambios en los fenotipos de los linfocitos circulantes, con especial mención a los mastocitos), que participan en la génesis y el mantenimiento de las dermatosis inflamatorias⁽⁴⁾.

Por otra parte, las características esenciales de un trastorno de la personalidad (TP) son las alteraciones del funcionamiento de la personalidad (auto e interpersonal) y la presencia de rasgos de personalidad patológicos. Los trastornos de personalidad se pueden dividir en tres grupos como se ve en la **tabla 2**⁽⁵⁻⁷⁾.

Clúster A o personalidades "excéntricas, raras"	Clúster B o personalidades "dramáticas, inestables"	Clúster C o personalidades "ansiosas, temerosas"
<ul style="list-style-type: none"> • TP esquizotípica • TP esquizoide • TP paranoide 	<ul style="list-style-type: none"> • TP psicopática • TP histriónica • TP narcisista • TP de inestabilidad emocional (Límite / Impulsivo) 	<ul style="list-style-type: none"> • Obsesivo • Dependiente • Ansioso o evitativo

Tabla 2. Clasificación de los trastornos de personalidad (Kernberg 2004).

De hecho, las personas que presentan características de trastorno de la personalidad son mucho más comórbidas con otras enfermedades mentales y somáticas que aquellas sin trastorno de la personalidad. Se han asociado con la hiperfrecuencia médica, el peor pronóstico de las enfermedades somáticas, incluso con migraña crónica o con peores evoluciones de la placa aterosclerótica coronaria. La literatura científica es abundante⁽⁸⁾. Es razonable suponer que lo mismo ocurre con las enfermedades dermatológicas en personas con trastornos de la personalidad.

Por el contrario, la literatura médica sobre esta asociación, trastornos de la personalidad y psicodermatosis, es muy escasa como puede verse en la **tabla 3**. Los investigadores se han centrado en la obtención de perfiles psicológicos entre las muestras de pacientes con dermatosis. O bien, tratan de establecer vínculos entre la dermatosis y una enfermedad psiquiátrica clásica como el trastorno obsesivo compulsivo⁽⁹⁾ o trastorno depresivo mayor. Sin embargo, no hay perfiles psicológicos específicos, ni una enfermedad psiquiátrica específica puede estar correlacionada con una enfermedad dermatológica específica⁽⁸⁾, excepto el delirio de parasitosis y la esquizofrenia. Sólo en el TP límite encontramos un estudio que indica la existencia de una asociación entre ésta y diferentes condiciones dermatológicas^(10,11). Además, los pacientes con trastornos de la personalidad tales como los trastornos límite, narcisista y esquizotípico y los pacientes con cualquier proceso psicótico activo ciertamente constituyen una población más resistente y difícil con la cual el éxito terapéutico es menos probable⁽¹²⁾.

En resumen, no hemos encontrado estimaciones de la prevalencia de la asociación entre psicodermatosis y TP, ya sea en la población general o en muestras clínicas. La literatura científica muestra esquemas generales centrados en enfermedades

clásicas o perfiles psicológicos, no en trastornos ni en rasgos de personalidad.

Los TP serían un factor de riesgo que precede a las enfermedades psicodermatológicas. Creemos que las enfermedades psicodermatológicas son más frecuentes en aquellos pacientes que sufren inestabilidad en las relaciones interpersonales, el estado de ánimo y la autoimagen, especialmente los pacientes incluidos en el grupo B⁽⁷⁾.

Además, los TP del clúster B se caracterizan por reacciones intensas e inestables de ira, miedo o agresividad impulsiva ante diversas situaciones estresantes^(5,6) siendo la piel “el órgano de límite” en sus conflictos y su somatización jugaría un papel principal en la patología⁽¹³⁾. Por tanto, podríamos hipotetizar que sus consecuencias sobre la inflamación en la piel serán duraderas y aparecerán en forma de psicodermatosis.

El objetivo de este estudio es conocer cuántas personas en una muestra de los pacientes de la Unidad de Atención Médica de Salud Mental sufren enfermedades psicodermatológicas, cuáles son estas enfermedades psicodermatológicas y si este tipo de enfermedades son más comunes en cualquier grupo de TP.

MÉTODOS:

Se trata de un estudio caso-control con una muestra de 187 sujetos, observacional, analítico, longitudinal, retrospectivo. Se obtuvieron 51 casos con diagnóstico de psicodermatosis y 136 sin dicha enfermedad, midiendo la presencia de trastorno de la personalidad en todos ellos.

Situación: Servicios de Salud Mental en la ciudad de Sueca, que ofrece asistencia psiquiátrica y psicológica a la población de La Ribera Baixa y la ciudad de Benifaió, alrededor de 97.000 personas. Los Servicios de Salud Mental de la ciudad de Sueca forman parte del Área de Salud de La Ribera, cerca de Valencia, en España.

Temas y muestra: Población objetivo: Pacientes con TP. Población estudiada: Pacientes con TP en el área de salud de La Ribera Baixa y Benifaió. Muestra: Pacientes remitidos desde las consultas de Atención Primaria a la Unidad de Salud Mental de Sueca durante enero-junio en 2012.

Búsqueda	Buscador y criterios de búsqueda	Número de artículos	Artículos relacionados con el actual estudio con el título traducido al castellano
Psico-dermatología y trastornos de la personalidad	Pubmed Idioma inglés y/o castellano Sin restricción por año Resumen (al menos) disponible.	4	<ul style="list-style-type: none"> Mohandas P, Bewley A, Taylor R. Dermatitis artefacta y enfermedad cutánea artefacta: la necesidad de un equipo multidisciplinario de psicodermatología para el tratamiento de una condición difícil. <i>Br J Dermatol.</i> 2013 Sep; 169 (3): 600 – 6. Jafferany M. Psicodermatología: una guía para entender los trastornos psico-cutáneos comunes. <i>Prim Care Companion J Clin Psiquiatría.</i> 2007; 9 (3): 203-13. Fried RG. Tratamientos no farmacológicos en psicodermatología. <i>Dermatol Clin.</i> 2002 Jan; 20 (1): 177- 85.
Psicodermatología y trastornos de la personalidad	Cochrane ** Idioma inglés y/o castellano Sin restricción por año	2	Ninguno
Piel y "trastornos de la personalidad"	Pubmed Idioma inglés y/o castellano Sin restricción por año Resumen (al menos) disponible.	8	<p>Se excluyen los arriba citados y se añade:</p> <ul style="list-style-type: none"> Shab A, Matteer U, Diepgen TL, Weisshaar E. ¿Se consideran suficientemente los trastornos obsesivo-compulsivos y los trastornos de la personalidad en las dermatosis ocupacionales? Una discusión basada en tres informes de casos. <i>J Dtsch Dermatol Ges.</i> 2008 Nov; 6 (11): 947-51. Harth W, Mayer K, Linse R. El síndrome límite en la dermatología psicosomática. Información general y caso clínico. <i>J Eur Acad Dermatol Venereol.</i> 2004 Jul; 18 (4): 503-7.
Piel y trastornos de la personalidad	Cochrane Idioma inglés y/o castellano Sin restricción por año	20	Ninguno

Tabla 3. Revisión de la literatura.

Diseño y procedimiento del estudio: Hubo dos grupos de población en este estudio que difieren según la presencia (sujetos) o ausencia (controles) del efecto bajo estudio (psicodermatosis). En ambos grupos se evaluó la existencia de un factor de exposición (TP), comparando el nivel de exposición entre sujetos y controles, para encontrar una asociación entre efecto y exposición. El diagnóstico de la TP (factor de exposición) se realiza generalmente antes del diagnóstico de la psicodermatosis (efecto o enfermedad) porque la TP tiene su inicio en la adolescencia. Descartamos sujetos cuyo diagnóstico de psicodermatosis fue antes de los 18 años de edad.

Se utilizó el cuestionario de cribado Salamanca (SQ) para diagnosticar el TP. La SQ es un cuestionario auto-administrado que consta de 22 ítems, con un tiempo de logro entre 5 y 10 minutos. Cada elemento tiene una respuesta verdadera o falsa. Esta prueba ofrece el diagnóstico clásico en 3 grupos grandes: A o “excéntrico / psicótico”, B o “dramático / límite” y C o “ansioso / neurótico”. La prueba permite diferenciar 11 categorías de TP. Aunque no se trata de un cuestionario validado en la población general, se ha utilizado en investigaciones españolas sobre la prevalencia de los TP en muestras clínicas debido a su rápida administración en comparación con otras pruebas TP. Los autores fijaron el punto de corte para cada TP en 2/3 (14,15). Sin embargo, un estudio más reciente sugiere que el punto de corte más fiable debería ser de 5/6 porque la SQ no distingue entre estado y rasgo con niveles de corte más bajos (16), hecho constatado en la literatura científica para todos los instrumentos de cribado en TPs. En este estudio, el punto de corte utilizado para SQ fue de 5/6. Un caso puede puntuar como positivo en uno, dos o los tres trastornos de la personalidad al mismo tiempo.

Todos los SQ fueron sistemáticamente recolectados de las primeras visitas a los Servicios de Salud Mental de Sueca que cumplieron con los criterios de inclusión en el primer semestre del año 2012.

Otras variables obtenidas de la muestra fueron: edad, sexo, enfermedad dermatológica, enfermedad psicodermatológica,

Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Los pacientes se refirieron a la Unidad de Salud Mental de Sueca de enero a junio de 2012.

- Pacientes de 18 años o más.
- Pacientes que consienten verbalmente a participar en el estudio después de recibir información completa al respecto.
- Pacientes que completan SQ.

Criterios de exclusión:

- Dificultad para entender las declaraciones del cuestionario debido a disfunción cognitiva o problemas con el lenguaje.
- Ser afectado, durante la participación en el estudio, por un episodio psicótico o algún otro estado que pudiera alterar el juicio de la realidad.
- Edad menor de 18 años.
- Riesgo de auto o heteroagresión en el momento de la evaluación.
- Presentar una patología orgánica que da lugar a manifestaciones sintomáticas que pueden confundirse con rasgos patológicos de la personalidad.

Estudio de variables: Variables independientes: sufrir o no TP (evaluado con SQ), edad y sexo. Variables dependientes: sufrir o no psicodermatosis (inscripción en el registro clínico electrónico).

Análisis estadístico: Todos los análisis se realizaron utilizando el paquete de software estadístico SPSS versión 20.0. Los datos fueron resumidos por la media y desviación estándar en el caso de variables continuas. La asociación entre el tipo de TP y la presencia de enfermedades psicodermatológicas se evaluó con el test de Chi cuadrado. Los valores de $p < 0,05$ se consideraron estadísticamente significativos. Para las variables cualitativas, se calculó la frecuencia absoluta y relativa y se realizó una representación gráfica a través de diagramas sectoriales.

Criterios éticos: El estudio fue realizado de acuerdo con la Declaración de Helsinki, el protocolo fue revisado y aprobado por la junta de revisión institucional / comité de ética independiente del Hospital de la Ribera y todos los pacientes proporcionaron su consentimiento informado verbal.

RESULTADOS:

Descripción de la muestra: Se incluyeron en total 188 pacientes. Un caso fue desestimado por no haber completado completamente la SQ y la muestra final fue de 187 pacientes.

La edad media fue de 44,47 años con una desviación estándar de 15,32. La edad mínima era de 18 años, mientras que el valor máximo de 81 años. En la muestra, el 63,8% de los individuos (120 sujetos) eran mujeres, mientras que el 35,6% de los sujetos (67 sujetos) fueron varones.

El 64,9% de los individuos (122 sujetos) tenían una enfermedad dermatológica. El 34,6% de los individuos (65 sujetos) no sufría ninguna enfermedad dermatológica.

En nuestra muestra, el 72,3% de los individuos (136 sujetos) no presentaban problemas psicodermatológicos. El 27,1% de la muestra (51 sujetos) tuvo un diagnóstico psicodermatológico. Todos los diagnósticos concretos de los problemas psicodermatológicos se describen en la imagen 1.

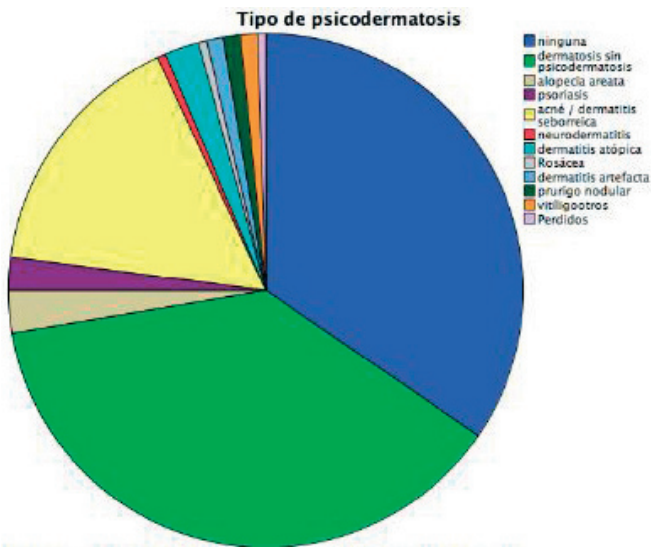


Imagen 1. Tipos de psicodermatosis.

El problema psicodermatológico más común en la muestra es acné o dermatitis seborreica seguido de alopecia areata, dermatitis atópica y psoriasis.

Las personas con el clúster A y máximo nivel de detección posible ($SQ > 5$). Hay 22 personas con una selección positiva en el grupo A con SQ . 2 de ellos presentan psicodermatosis. 165 casos no son del grupo A y 49 de ellos tienen psicodermatosis. Existe significancia estadística, lo que significa que las personas con TP del grupo A sufren menos psicodermatosis que las personas sin problemas de TP-grupo A.

Las personas con clúster B positivo de detección ($SQ > 5$). Hay 37 personas con una selección positiva en el grupo B con SQ . 7 de ellos tienen

psicodermatosis. 150 casos no eran grupo B y 44 de ellos presentan psicodermatosis. No hay significancia estadística.

Las personas con clúster C de detección posible ($SQ > 5$). 40 casos tienen un screening positivo para el grupo C con SQ . 12 de ellos son diagnosticados de psicodermatosis. 147 casos no son del grupo C y 39 de ellos tienen psicodermatosis. No hubo significación estadística.

Realizamos la medición de "odds ratio" para cada clúster de TP (A, B y C) según el número de casos de psicodermatosis en cada uno. Todas las pruebas estadísticas se pueden ver detalladas en la **Tabla 4**.

--	PSICODERMATOSIS SÍ	PSICODERMATOSIS NO	p (χ^2)	OR
Clúster A + Clúster A -	2 49	20 116	0.043	0.23
Clúster B+ Clúster B-	7 51	30 106	0.224	0.56
Clúster C+ Clúster C-	12 39	28 108	0.691	1.18

** Resultados agrupados según clúster de trastorno de personalidad (A, B, C) y presencia o no de psicodermatosis. N=187. La medida de la existencia de trastorno de personalidad se realiza usando el máximo punto de corte (5/6) del cuestionario Salamanca.

Tabla 4. Medición de odds ratio (OR).

DISCUSIÓN:

Existe una elevada prevalencia de trastornos dermatológicos presentes y pasados entre la población psiquiátrica que acude por primera vez a una Unidad de Salud Mental. Alrededor de un tercio de los pacientes presentan una psicodermatosis, siendo las más frecuentes la dermatitis seborreica, la psoriasis y la alopecia.

No existe tendencia a la asociación de los trastornos de personalidad como factores de riesgo de las dermatosis inflamatorias. Al contrario, los rasgos de la personalidad del clúster A con expresión reducida de las emociones, actúan en nuestro estudio como factores protectores para el desarrollo de las psicodermatosis.

En primer lugar, llama la atención el alto porcentaje de dermatosis en esta muestra psiquiátrica. El 65% de estos primeros casos de Salud Mental presentaban una afección dermatológica. El 27% del total son psicodermatosis. Estos datos

coinciden curiosamente con su recíproco en muestras de Dermatología, aproximadamente el 30% de los pacientes presentan problemas psicológicos y psiquiátricos asociados a su dermatosis. A pesar de que en la bibliografía se expone con frecuencia que la a psoriasis es el mejor ejemplo de la importancia del sistema nervioso en un trastorno cutáneo y que se ha constatado la presencia de diferentes grados de estrés antes de la aparición del primer síntoma de psoriasis (entre el 32% y el 90% de todos los casos), en nuestra muestra fue un diagnóstico poco frecuente⁽⁴⁾.

En segundo lugar y en nuestra muestra, existe una asociación entre la presencia de psicodermatosis y la de un trastorno de la personalidad del clúster A, medido con el máximo nivel de exigencia diagnóstica: el punto de corte máximo del test, el más específico y menos sensible, el de 5/6.

Por tanto, aquí ambas variables son dependientes, existe una relación entre ellas. Los estadísticos empleados (OR=0.23, X²) muestran valores que sugieren una asociación protectora, los casos de psicodermatosis son menores entre las personas con rasgos de personalidad del clúster A. Estas personas tienen una excesiva sensibilidad a los contratiempos, suspicacia y tendencia generalizada a distorsionar las experiencias propias interpretando las manifestaciones neutras o amistosas de los demás como hostiles o despectivas⁽⁷⁾. O bien y entre otros rasgos, cierta incapacidad para sentir placer, frialdad emocional, desapego o embotamiento afectivo, incapacidad para expresar sentimientos de simpatía y ternura o de ira a los demás y respuesta pobre a los elogios o las críticas.

Podría parecer que en los sujetos clúster A (“extraños, bizarros”) este desapego los protege de las manifestaciones emocionales intensas y este hecho estaría asociado, en nuestra muestra, al menor desarrollo de dermatosis inflamatorias. Sabemos que con los datos actuales este enunciado no pasa del estado de pre-hipótesis.

En los pacientes del clúster B “inestable” el hecho de ser primeros casos medidos con un cuestionario de “screening” supone que:

- se evidencia el sesgo de estado: síntomas asociados al estado puntual agudo por el que los pacientes son derivados se confunden con los síntomas crónicos (rasgo) que definen a los trastornos de personalidad. Hecho descrito en la literatura científica.
- por ello, el clúster de personalidad patológica que se define precisamente por la gran inestabilidad emocional, el clúster B, está sobrerrepresentado en la muestra con este cuestionario de cribado. Para el punto de corte propuesto por los autores, 2/3, el test no distingue entre estado y rasgo: todos los casos aparecen como trastornos de personalidad de clúster B. Cuando usamos el punto de corte más específico 5/6, la asociación entre estas variables desaparece.
- En general para el clúster B y el C o “neurótico-normal” el factor de exposición TP está repartido de manera más uniforme entre los casos de psicodermatosis y de los que no la sufren. Son pacientes que sí expresan sus estados emocionales, incluso con excesiva intensidad (clúster B) lo que los lleva al malestar psiquiátrico/psicológico⁽⁵⁾. En comparación con los del clúster A, da la impresión que el acercamiento a una supuesta “normalidad” predispone a la formación de psicodermatosis crónicas. En contra de nuestra hipótesis inicial, los pacientes del clúster B no tenían más psicodermatosis.

Es importante tener en cuenta también que algunos pacientes con TP inician el contacto con los servicios sanitarios a través de problemas cutáneos, bien por el médico de AP o bien por dermatología, y que el tratamiento de la enfermedad mental es clave para la evolución del paciente⁽¹³⁾. Un equipo “psicocutáneo” multidisciplinario es importante en esta condición, ya que es probable que el paciente requiera intervención psicológica, además de dermatológica (para hacer el diagnóstico y, lo que es más importante, para excluir la enfermedad orgánica) y psiquiátrica (para manejar la enfermedad psiquiátrica concomitante)⁽¹⁷⁾. La comprensión de la existencia de un ciclo, trastornos psicológicos causan enfermedades de la piel y las enfermedades dermatológicas causan trastornos psicológicos, es la base para una buena actuación médica dermatológica⁽²⁾.

Teniendo en cuenta las limitaciones metodológicas del estudio (cuestionario de cribado para TP, elección del punto de corte más específico y menos sensible, diagnósticos hechos por médicos de AP y por dermatólogos) y su diseño transversal, exploratorio de la cuestión objeto de estudio, no podemos concluir inferencias causales. Sí podemos explorar si existe asociación estadística entre la psicodermatosis y la presencia de rasgos de alguno de los tres clústeres de la personalidad.

CONFLICTO DE INTERESES:

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses y que no han recibido ningún tipo de patrocinio económico para la realización de este caso clínico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Koo J, Lebwohl A. Psycho dermatology: the mind and skin connection. *Am Fam Physician* [Internet]. 2001 Dec 1 [cited 2017 Jan 24];64(11):1873–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11764865>
2. Jafferany M, Franca K. Psychodermatology: Basics Concepts. *Acta Derm Venereol* [Internet]. 2014 Aug 23 [cited 2017 Feb 28];96(217):0. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27282585>
3. Ehsani AH, Toosi S, Mirshams Shahshahani M, Arbabi M, Noor-mohammadpour P. Psycho-cutaneous disorders: an epidemiologic study. *J Eur Acad Dermatol Venereol* [Internet]. 2009 Aug [cited 2017 Jan 24];23(8):945–7. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1468-3083.2009.03236.x>
4. Grimalt F, Cotterill J. *Dermatología y psiquiatría*. 1st ed. Aula Médica Ediciones, editor. Madrid: Publicaciones Aula Médica; 2002. 133-142.
5. Kernberg OF. Borderline Personality Disorder and Borderline Personality Organization: Psychopathology and Psychotherapy. *Handb Personal Disord Theory Pract* [Internet]. 2004;92–119. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2004-13688-005&lang=fr&site=ehost-live>
6. Organización panamericana de la salud. CIE-10 clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 554 [Internet]. 2008;3(554):758. Available from: <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume3.pdf>
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. 5th ed. American Psychiatric Association, editor. Arlington: American Psychiatric association; 2013.
8. Bode K, Vogel R, Walker J, Kröger C. Health care costs of borderline personality disorder and matched controls with major depressive disorder: a comparative study based on anonymized claims data. *Eur J Heal Econ* [Internet]. 2016 Dec 18 [cited 2017 Jan 25]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27990594>
9. Shab A, Mattered U, Diepgen TL, Weisshaar E. Are obsessive-compulsive disorders and personality disorders sufficiently considered in occupational dermatoses? A discussion based on three case reports. *J Dtsch Dermatol Ges* [Internet]. 2008 Nov [cited 2017 Feb 28];6(11):947–51. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1610-0387.2008.06825.x>
10. Arrazola Guerrero J, Bustos Condado J, Toussaint Caire S, Rodríguez Cerdeira C, Arenas R, Gea González M. Factitious dermatitis. A case report in a woman with a major depressive disorder (MDD). *Dermatología*. 2011;9(3):190–5.
11. Sansone RA, Gaither GA, Songer DA. Self-harm behaviors across the life cycle: A pilot study of inpatients with borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*. 2002;43(3):215–8.
12. Fried RG. Nonpharmacologic treatments in psychodermatology. *Dermatol Clin* [Internet]. 2002 Jan [cited 2017 Feb 28];20(1):177–85. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11859591>
13. Harth W, Mayer K, Linse R. The borderline syndrome in psychosomatic dermatology Overview and case report. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2004;18(4):503–7.
14. Pérez-Urdániz, A. Rubio-Larrosa, V. Gómez-Gasol M. Cuestionario Salamanca de Trastornos de Personalidad [Internet]. 2011. Available from: <http://www.seetp.com/Articulos/SALAMANCAcast.pdf>
15. Prieto-Etxebeste, M., Sanz-Etxeberria, J., Landabaso-Vazquez, M., Garnica-de-Cos, E., Sánchez-Pérez M. Cuestionario de Personalidad IPDE y Cuestionario Salamanca. Estudio comparativo en una muestra de pacientes con trastorno por uso de sustancias. *Psiquiatr Biológica*. 2006;13(3):1–177.
16. Giner-Zaragoza, F., Lera-Calatayud, G., Vidal-Sánchez, ML., Puchades-Muñoz, MP., Rodenes-Pérez, A., Ciscar-Pons, S., Chiclana-Actis, C., Martín-Vivar, M., Garulo-Ibáñez, T., Tapia-Alcañiz, J., Díaz-Esteban, E., Ferrer-Ferrer L. Diagnóstico y prevalencia de trastornos de la personalidad en atención ambulatoria. Estudio descriptivo. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.*, 2015;35(128):789–99.
17. Mohandas P, Bewley A, Taylor R. Dermatitis artefacta and artefactual skin disease: The need for a psychodermatology multidisciplinary team to treat a difficult condition. *Br J Dermatol*. 2013;169(3):600–6.

IMPACTO DE COSTO EFECTIVIDAD EN LA CURA AVANZADA VERSUS CURA TRADICIONAL EN ÚLCERA VENOSA.

IMPACT OF COST-EFFECTIVENESS IN ADVANCED CURE VERSUS TRADITIONAL CURE IN VENOUS ULCER

Autores: Juan Manuel Nova Rodríguez⁽¹⁾, Paula Andrea Romero Díaz⁽²⁾, Dayanna Carolina Pérez Hoyos⁽²⁾, Jhoan Magdiel Ariza Pinto⁽²⁾.

(1) Enfermero. Especialista en Cuidado a personas con heridas y ostomías Univalle. Máster en Gestión e Investigación de Heridas Crónicas Unicantabria. Coordinador Unidad de Heridas y Ostomías Los Comuneros. Coordinador General de GSIAPHO S.A.S. Docente de la Universidad Autónoma de Bucaramanga (Colombia).

(2) Estudiante de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Bucaramanga (Colombia).

Contacto: jnova54@unab.edu.co

Fecha de recepción: 27/10/2017
Fecha de aceptación: 30/12/2017

RESUMEN:

Las úlceras de etiología venosa representan un grave trastorno a nivel mundial y en Colombia constituyen un serio problema de salud pública. Esta condición clínica es responsable por altos índices de morbilidad y provocan un gran impacto económico. El caso que presentamos tiene como objetivo determinar el costo beneficio del uso de cura avanzada versus la cura tradicional en un paciente con úlcera en la extremidad inferior que desde hace cuatro años no presentaba ninguna mejoría en su cicatrización. Los resultados obtenidos muestran que, aunque los costos de la cura avanzada al inicio son mayores que en la curación tradicional, la cura avanzada solo supuso el 16,50% del costo total versus cura convencional, logrando la cicatrización de la úlcera con menos intervenciones, sin complicaciones y con la intervención de un profesional especializado; obteniendo como principal beneficio la rehabilitación del paciente y la disminución de los costos para el sistema de salud.

Palabras clave: úlcera de la pierna, úlcera venosa, costo-eficiencia.

ABSTRACT:

Ulcers of venous etiology represent a serious disorder worldwide and in Colombia, they constitute a serious public health problem. This clinical condition is responsible for high rates of morbidity and mortality and cause a great economic impact. The objective of this case is to determine the cost benefit of the use of advanced cure

versus traditional cure in a patient with an ulcer in the lower limb that had no improvement in its healing for four years. The results show that, although the costs of the advanced cure at the beginning are greater than in the traditional cure, the advanced cure only accounted for 16.5% of the total cost versus conventional cure, achieving ulcer healing with fewer interventions, without complications and with the intervention of a specialized professional, obtaining as main benefit the rehabilitation of the patient and the reduction of the costs for the health system.

Keywords: leg ulcer, varicose ulcer, cost-benefit analysis.

INTRODUCCIÓN:

Las úlceras de pierna pueden ser desencadenadas por diversos factores como alteraciones vasculares, metabólicas y hematológicas, siendo que en varios países industrializados la principal causa la insuficiencia venosa crónica con consecuente surgimiento de la úlcera venosa de pierna⁽¹⁾. El trastorno fisiopatológico lo determina la hipertensión venosa, varices secundarias, edema y alteraciones tróficas, cuya expresión máxima es la úlcera, que representa aproximadamente del 70% al 90% del total de las úlceras de extremidad inferior⁽²⁾.

Las úlceras también denominadas heridas crónicas se consideran un problema en el ámbito sanitario dado que afecta a la calidad de vida de quien la padece y plantean un alto costo por

el largo periodo de tratamiento y el tiempo de enfermería invertido para su cuidado. Su tratamiento es un proceso dinámico y sistematizado, cuya prescripción puede ser variable dependiendo del momento evolutivo del proceso de cicatrización⁽³⁻⁵⁾.

Tradicionalmente la curación en las heridas crónicas se ha llevado a cabo a través de cura seca, utilizando apósitos pasivos, soluciones, tópicos (antisépticos, antimicrobianos, otros), de frecuencia diaria y dolorosa dado que en cada curación se remueve tejido sano de manera cruenta⁽⁶⁾. Por el contrario, la terapia con apósitos de cura en ambiente húmedo se muestra como una medida terapéutica efectiva y de bajo costo. Es a partir de los trabajos del Dr. Winter en 1962, cuando se probaron científicamente los beneficios que la utilización de un medio húmedo tiene sobre el proceso de cicatrización de las heridas. Actualmente se sabe que este tipo de terapéutica aumenta la capacidad de autólisis, disminuye la probabilidad de infección y reduce el traumatismo sobre la herida, disminuyendo el dolor⁽⁷⁻⁹⁾.

En la práctica clínica se observa que el portador de úlcera venosa es atendido con frecuencia, en consultas médicas; tratándolo con varios medios curativos, sucesivos cambios de tratamiento tópico y, a veces sin la asociación de cualquier terapia de compresión. El paciente puede convivir con esta situación que lo desgasta durante varios años, sin obtener la cicatrización de la úlcera. En la actualidad se destaca la necesidad de que la práctica profesional tenga como base evidencias para producir resultados efectivos para el paciente y los servicios. Sin embargo, los profesionales todavía encuentran dificultades para la utilización de la práctica basada en evidencia⁽¹⁰⁾.

Una revisión reciente de estudios publicados entre el 2005 a 2014 referente al análisis fármaco-económico de los tratamientos para úlceras de la pierna, evidenció que de un total de 17 artículos publicados solamente dos fueron desarrollados en América Latina, siendo uno en Colombia y el otro en Brasil. Los gastos directos son aquellos que están relacionados a los servicios de salud que implican dispendios inmediatos, siendo de fácil identificación. Algunos estudios internacionales, al analizar los componentes de gastos directos totales de tratamiento para úlceras de pierna, identificaron que el principal contribuyente de este es la atención clínica, debido primordialmente al valor de la mano de obra del profesional de salud responsable por la atención⁽¹¹⁻¹⁵⁾.

Desde el contexto expuesto, hemos realizado un reporte de caso clínico con el objetivo de determinar el costo beneficio del empleo de curaciones avanzadas con uso de sistemas de elastocompresión versus la cura tradicional recibida durante cuatro años en un paciente con una úlcera de extremidad inferior. El fin es plantear una hipótesis para estudios posteriores que permitan generar evidencia científica y coadyuven en la mejora de los procesos de atención en beneficios para la población y disminución de costos para el sistema de salud.

DESCRIPCIÓN DE CASO CLÍNICO:

Paciente masculino de 81 años de edad, sin antecedentes hereditarios personales, afectado de hipertensión con prescripción médica para su control. Actualmente a cargo de sus hijos, se dedicó toda su vida a las actividades agricultura y ganadería, por lo que se pasaba la mayor parte de su tiempo en bipedestación alrededor de 12 horas al día.

Fue valorado por cirugía cardiovascular por cuadro de úlcera en pierna de gran tamaño de cuatro años de evolución quien ha sido manejado por curaciones interdiarias, cuatro a la semana, en centro de salud, con uso de apósitos pasivos y tópicos (ácido fusídico, vaselina, óxido de zinc, sulfadiazina de plata), múltiples tratamientos sin evolución satisfactoria. El reporte de cultivo de secreción de la úlcera evidenció *Pseudomona Aeuriginosa*, por lo que se le pautó antibiótico de amplio espectro. También se le realiza eco-doppler venoso de miembros inferiores y valoración por cirugía vascular. El eco reporta trombosis venosa e insuficiencia venosa crónica, por lo que se remite a la clínica de heridas para curaciones y elastocompresión.

En la valoración desde la Clínica de Heridas y Ostomías se observó paciente con deambulación asistida por bastón, dolor intenso (10 por escala de dolor EVA) en miembro inferior izquierdo. Presentaba edema hasta zona infra-poplíteo, cambios tróficos en piel, lipodermatoesclerosis, dermatitis ocre, pulsos presentes poplíteo, pedio, tibial posterior, llenado capilar menor de dos segundos, sensibilidad superficial y profunda conservada, índice Tobillo/Brazo de 0,9. Úlcera en cara anterolateral externa de 20 cm de largo por 10 cm de ancho, con exudado purulento, mal olor, tejido necrótico, esfacelo,

sospecha de biofilm y metaloproteasas. Bordes socavados definidos, índice de cicatrización RESVECH 2.0 inicial de 25, para inicio de cura avanzada y puntuación final de cura tradicional.

A partir del 19 de mayo del 2016, la úlcera se empieza a tratar con curaciones avanzadas en ambiente húmedo y elastocompresión por los profesionales del Programa de Clínica de Heridas y Ostomías del Hospital Universitario de Bucaramanga Los Comuneros. La terapia se dividió en tres fases:

1. Durante la primera semana (fase uno) se realizaron curaciones cada 72 horas, tres intervenciones. Se usó soluciones antisépticas, protectores cutáneos y apósitos antimicrobianos para el control de la carga bacteriana, con vendaje bultoso y lubricación con ácidos grasos hiperoxigenados (Imagen 1A).
2. En la segunda semana (fase dos), se inició la etapa de proliferación usando los mismos suministros de limpieza y lubricación de la primera fase, pero sustituyendo el apósito antimicrobiano por apósitos de colágeno I-III-V de tipo bovino, espumas hidrofílicas y se inicia sistema de elastocompresión con una intervención por semana hasta lograr un lecho de la herida apto (Imagen 1B), para iniciar la última fase.
3. La fase tres es la contracción o remodelación siendo primordial el control de la humedad, suspensión del apósito de colágeno y se continuó con apósitos de alta absorción no adherentes y sistemas de elastocompresión hasta lograr el cierre por segunda intención (Imagen 1C).

Para la evaluación de la cicatrización se utilizó el índice de cicatrización RESVECH 2.0 el cual se evaluaba cada dos semanas. Durante el tiempo de tratamiento con curaciones convencionales que fueron 48 meses se realizaron 768 procedi-

mientos, con un promedio de tiempo de intervención por enfermería de 30 minutos, para un total de 23.040 minutos equivalentes a 384 horas laborales de enfermería. Donde no se obtuvo ninguna evolución favorable de la úlcera, presentando procesos infecciosos que requirieron hospitalizaciones para manejo antibióticos, gastos que aunque nos serán analizados en este caso son relevantes porque aumenta los costos derivados de las complicaciones de la úlcera. Al final presentó un índice de cicatrización RESVECH 2.0 de 25. Punto de arrancada de la curación avanzada.

Con la curación avanzada se realizaron 20 procedimientos con el mismo intervalo de tiempo de 30 minutos, pero estas fueron desarrolladas por el especialista en heridas, lo que aumento de 8.5 veces más el costo. Con el uso de apósitos activos, soluciones de limpieza, protectores cutáneos y sistemas de elastocompresión, se aumentaron 5 veces más los costos de suministros en comparación con la curación convencional. Este cuidado se brindó durante un tiempo de cinco meses, donde se logró el cierre por segunda intención de la úlcera de miembro inferior y el descenso satisfactorio de los índices de cicatrización con un puntaje final RESVECH 2.0 de cero (Imagen 2).

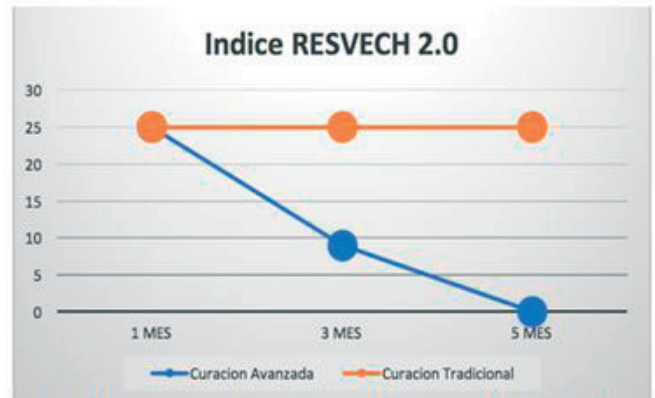


Imagen 2. Índice de cicatrización RESVECH 2.0



Imagen 1. Úlcera CEAP VI al inicio del tratamiento con cura avanzada (A), Úlcera al mes de tratamiento con cura avanzada y elastocompresión (B), Úlcera a los 5 meses de tratamiento por segunda intención (C).

Para el cálculo de los costos de la curación convencional, se utilizó la tarifa vigente del concepto único tarifario de curación para el sistema de salud de Colombia, la cual cubre los suministros para la curación. Para el tiempo de enfermería se calculó el costo de 30 minutos con el valor promedio del salario de una enfermera profesional de 2.5 millones de pesos colombianos.

Para el cálculo de los costos de la curación avanzada, se utilizó la tarifa de consulta de control por especialista de heridas establecida por la institución prestadora de servicio de salud, y para el cálculo de costos de los apósitos y otros elementos, se utilizó el valor total del tratamiento recibido y se promedió por el número de intervenciones recibidas, obteniendo una tarifa única^(Tabla 1).

Los resultados muestran que los costos directos del tratamiento de la curación avanzada durante cinco meses son menores que los costos generados durante los 48 meses de tratamiento con curación convencional. Así mismo, se puede observar que la curación avanzada puede ser más costosa inicialmente por el aumento derivado por los costos tanto en suministros como del profesional especializado, pero estos solo representan el 16,5% de los gastado con la curación convencional, la cual no tuvo ningún efecto positivo en la cicatrización del paciente, añadiendo el impacto que tiene en la calidad de vida, en el aspecto psicológico, emocional de la persona, como también las complicaciones que derivan en reingresos, hospitalizaciones y manejos antibióticos que se pueden llegar a requerir aumentado el gasto para el sistema de salud^(Imagen 3).

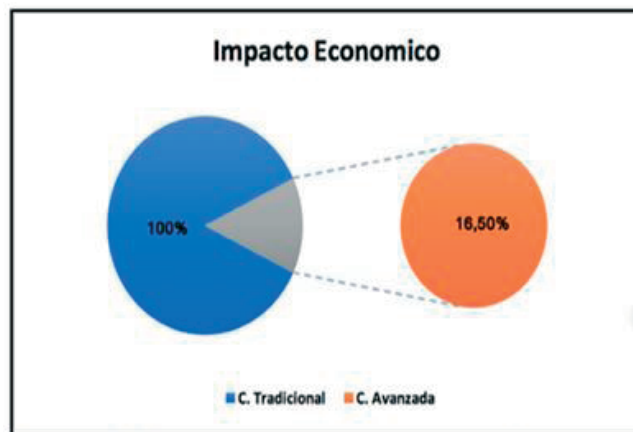


Imagen 3| Relación impacto económico de la curación convencional vs curación avanzada

DISCUSIÓN:

El análisis de costo beneficio utilizando cura avanzada en un caso de úlcera venosa de la pierna, no solo refleja un resultado positivo para las entidades e instituciones prestadoras de servicios de salud, si no que permiten brindar una mayor oportunidad a los pacientes accediendo a recursos necesarios para intervenciones más efectivas, atención personal de salud especializado y disminución de las complicaciones.

A priori, servicios más caros que los convencionales, pero a largo plazo, la cura tradicional consume una mayor inversión de los servicios asistenciales por la atención frecuente y un menor beneficio en el paciente, prologando su periodo de recuperación y disminuyendo su calidad de vida.

Criterio	Curación convencional 48 meses	Valor*	Curación avanzada 5 meses	Valor*
No de curaciones por mes	16		4	
No total de curaciones durante tratamiento	768		20	
Costo curación con apósitos pasivos y tópicos por SSC**	\$ 13.290 x 768	\$ 10.206.720		
Costo curación con apósitos tecnología y elastocompresión			\$ 70.874 x 20	\$ 1.416.858
Costo tiempo de enfermería (30 minutos) = (6.510 pesos mcte)	\$ 6.510 x 768	\$ 4.999.680		
Consulta por Especialista Heridas			\$ 55.000 x 20	\$ 1.100.000
Total		\$ 15. 206.400		\$ 2.516.480

*Calculado en pesos colombianos, **SSC; Sistema de Salud Colombiano

Tabla 1. Costo de la curación de la úlcera venosa de la pierna con curación convencional vs curación avanzada.

Soldevilla y cols⁽⁵⁾, señalaron que el gasto en materiales es más bajo por paciente en el caso de los apósitos de cura en ambiente húmedo aun cuando el precio unitario de estos es mayor. Además, consideran que el impacto de cambio de cura tradicional a cura en ambiente húmedo se centra en el tiempo de enfermería dado el menor número de curaciones y menor tiempo para la cicatrización.

Como conclusión, se hace necesario seguir investigando y desarrollar más estudios de costo-beneficio con otro tipo de diseño metodológico que nos permitan seguir demostrando la efectividad y menor costo de tratamientos basados en la cura avanzada, para que los sistemas de salud puedan ver el impacto beneficioso que supone incluir en la cartera de servicio las consultas de úlceras y heridas de alta complejidad; así como contar con profesionales especializados.

AGRADECIMIENTOS:

Los autores agradecen a Janeth Cecilia Moreno Barrera y Gloria Yanivi Salazar Parra, por ser nuestras guías profesionales y ejemplos a seguir en la atención a personas con heridas de alta complejidad.

CONFLICTO DE INTERESES:

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses y que no han recibido ningún tipo de patrocinio económico para la realización de este caso clínico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Johnson JJ, Paustrian C. Guideline for management of wounds in patients with lower-extremity venous disease. Glenview: Wound Ostomy and Continence Nurses Society - WOCN; 2005. Doughty DB, Waldrop J, Ramundo J. Lower-extremity ulcers of vascular etiology. In: Bryant RA. Acute & chronic wounds: nursing management. 2ª ed. St. Louis: Mosby; 2000. p. 265-300.
2. Lorenzo M, Hernández R, Soria M. Heridas crónicas atendidas en un servicio de urgencias. *Enferm Global*. 2014;(35):23-31.
3. Guimarães J, Nogueira L. Directrices para el tratamiento de úlceras venosas. *Enfermería Global*. 2010;(20):1-13.
4. Soldevilla J, Torra J, Posnett J, Verdú J, San Miguel L, Mayan J. Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión en España. *Gerokomos*. 2007;18(4):43-52.
5. Jiménez C. Curación avanzada de heridas. *Re Colombiana Cr*. 2008; 23(3):146-55.
6. Winter G. Formation of the scab and the rate of epithelization of superficial wounds in the skin of the young domestic pig. *Nature*. 1962;193:293-4.
7. Mosquera A, Giralt E, González H, Liuch J, Perdomo E, Vale M. Aplicación del concepto "preparación del lecho de la herida" en el abordaje local de las lesiones crónicas. *El Peu*. 2010;30(3):120-8.
8. Restrepo J, Verdú J. Desarrollo de un índice de medida de la evolución hacia la cicatrización de las heridas crónicas. *Gerokomos*. 2011;22(4):176-83.
9. Toro AG. Enfermería basada en la evidencia: como incorporar la investigación a la práctica de los cuidados. Granada: Fundación Index; 2001.
10. Soares MO, Iglesias CP, Martin Bland J, Cullum N, Dumville JC, Nelson EA, et al. Cost effectiveness analysis of larval therapy for leg ulcers. *BMJ*. 2009; 19 (338). 228. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.b825>
11. Oliveira AP, Oliveira BGRB. Cost of the treatment for venous ulcers in an outpatient clinic and in the household: a descriptive study. *Online braz j nurs [internet]* 2015 Mar [cited 2017 oct 27]; 14 (2):221-8. Available from: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/download/4842/pdf_853
12. Pham B, Harrison MB, Chen MH, Carley ME. Cost-effectiveness of compression technologies for evidence-informed leg ulcer care: results from the Canadian Bandaging Trial. *BMC Health Services Research*. 2012;12:346. doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-346>
13. Michaels JA, Campbell B, King B, Palfreyman SJ, Shackley P, Stevenson M. Randomized controlled trial and cost-effectiveness analysis of silver-donating antimicrobial dressings for venous leg ulcers (VULCAN trial). *Br J Surg*. 2009; 97 (3): 459-60; doi: <https://doi.org/10.1002/bjs.7017>
14. Purwins S, Herberger K, Debus ES, Rustenbach SJ, Pelzer P, Rabe E, Schäfer E, Stadler R, Augustin M. Cost-of-illness of chronic leg ulcers in Germany. *Int Wound J*. 2010;7(2):97-102. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1742-481X.2010.00660.x>

HERIDA COMPLEJA Y CIERRE POR SEGUNDA INTENCIÓN. ¿LA TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA ES BUENA OPCIÓN?

COMPLEX INJURY AND SECONDARY INTENTION HEALING. IS NEGATIVE PRESSURE THERAPY A GOOD OPTION?

Autores: Jordi Guinot Bachero⁽¹⁾, Sonia Castel Monserrate⁽²⁾, Ana María Raluca Tanase⁽³⁾, Yolanda Gombau Baldrich⁽⁴⁾.

(1) RN. Enfermero referente de heridas del Centro de Salud Palleter. Experto Universitario en Heridas crónicas.

(2) NR Enfermera Interna Residente 1º. C.S. Alcora, Castellón.

(3) Estudiante enfermería 4º curso. Universidad Rovira i Virgili –Tortosa.

(4) NR, MsN. Enfermera asistencial Hospital General Universitario de Castellón de la Plana.

Contacto: ratetaxocolatera@gmail.com

Fecha de recepción: 27/10/2017
Fecha de aceptación: 30/12/2017

RESUMEN:

Presentamos el caso clínico de una mujer de 63 años, sin patologías de interés, con una herida inciso contusa en extremidad inferior, complicada, tras un abordaje inicial discutible, y el posterior manejo terapéutico hasta lograr su resolución. La descarga bacteriana, junto al control y eliminación del biofilm, producen que la herida compleja evolucione favorablemente. En este caso, la asociación de mallas de hidrocoloides con apósitos de fibras y plata no resultó eficaz para eliminar la biofilm. La Terapia de Presión Negativa (TPN), la descarga bacteriana realizada con los fomentos, y posterior desbridación mecánica del lecho, junto al cadexómero lodado, primero, y posteriormente los apósitos de cloruro dialquilcarbamil, resultaron efectivos para resolver la complejidad de la herida.

Palabras clave: terapia de presión negativa, biofilm bacteriano, apósitos antimicrobianos.

ABSTRACT:

We present the clinical case of a 63-year-old woman, without pathologies of interest, with a contusive wound in the lower limb, complicated, after an initial debatable approach, and the subsequent therapeutic management until its resolution is achieved. The bacterial discharge, together with the control and elimination of the biofilm, produce that the complex wound evolve favorably. In this case, the association of hydrocolloid meshes with fiber and silver dressings was not effective in eliminating biofilm. Negative Pressure Therapy

(NPT), the bacterial discharge carried out with the fomentation, and subsequent mechanical debridement of the bed, together with the cadexomer first, and then the dressings of chloride dialquilcarbamil, were effective to resolve the complexity of the wound.

Keywords: negative pressure therapy, bacterial biofilm, antimicrobial dressings.

INTRODUCCIÓN:

Las heridas, como deterioro de la integridad cutánea, se producen por múltiples causas, siendo las más frecuentes las traumáticas y las incisiones quirúrgicas. Ambas provocan la pérdida de la solución de continuidad de la piel⁽¹⁾.

El proceso de curación de las heridas es gradual y escalonado, superándose las fases hemorrágica, inflamatoria, proliferativa y reparadora/remodeladora en unos periodos de tiempo específicos a cada estadio^(1,2). En ocasiones dichos plazos se prolongan, o estancan, y se produce la complicación de la lesión.

Aunque existe controversia en las definiciones, la diferencia entre las heridas agudas y las crónicas o complejas, radica en varios elementos, siendo los más comunes el tiempo de cicatrización y la carga bacteriana⁽³⁾. Actualmente se considera que los biofilms bacterianos son, en gran medida, los causantes de las heridas complejas. Entendiendo por biofilm al agregado de

bacterias tolerante al tratamiento y a las defensas del hospedado⁽⁴⁾. Otros factores a tener en cuenta serán los inherentes al propio paciente. Las condiciones, localización y características de la herida. Así como la habilidad y conocimientos del profesional sanitario, para abordar el plan de actuación. Sin olvidar los derivados de los recursos disponibles y del tratamiento aplicado⁽⁵⁾.

La evidencia disponible indica que pese a contar con una buena formación en heridas por parte de los profesionales, y existir Guías de Práctica Clínica (GPC) sobre el tema, con demasiada frecuencia se produce una gran variabilidad en los tratamientos de las heridas, que pueden ocasionar la complicación de las lesiones⁽⁶⁾.

Las heridas complejas, dado el largo periodo de tiempo necesario para su resolución, y la posibilidad de recidivas, pueden ocasionar repercusiones psico-socio-familiares en los pacientes, así como un cambio en la autoimagen. Todo ello puede conllevar cambios sustanciales en la calidad de vida del paciente, con el añadido de limitaciones en el desarrollo de las actividades de la vida diaria⁽⁷⁾.

Aunque la finalidad de la atención sanitaria sea el mantenimiento y mejora de la salud, en ocasiones sucede lo contrario. Se ha estudiado que hasta un 25% de las actuaciones sanitarias pueden ser innecesarias. Además, se ha calculado que el porcentaje de intervenciones que empeoran o mejoran el estado de salud es similar: en torno al 10-15%⁽⁸⁾.

Las heridas inciso contusas tienen una baja prevalencia de infección. Del 8% a los 6 días, y del 3% a los 12 días. Las complicaciones son más frecuentes en lesiones de dedos de las manos y pies⁽⁹⁾.

El cierre de las heridas por segunda intención se realiza cuando el tiempo transcurrido desde el traumatismo es prolongado y se desaconseja el cierre primario por sutura. También se aplica en casos de heridas muy sucias, o con defecto tisular grande que imposibilite el cierre primario.

El cierre por segunda intención se trata de un proceso largo y lento que, en ocasiones, puede llevar a la complicación de la herida. La finalidad

es lograr la reparación tisular por medio de los fibroblastos, en una secuencia que se inicia en el fondo del lecho de la herida, hasta completar todo el defecto. Una vez logrado el tejido de granulación, el organismo regenerará el epitelio. Aunque generalmente en la fase de maduración cicatrizal y contracción pueden aparecer cicatrices patológicas o antiestéticas⁽¹⁰⁾.

La Terapia de Presión Negativa (TPN) es un tratamiento rentable para algunas heridas complejas o difíciles de curar. El uso de la TPN produce una disminución de tamaño de la herida y una cura más rápida que con tratamientos estándar. Los costos adicionales de la TPN se pueden compensar con el menor gasto de recursos, tanto de personal como de material clínico, que genera la rápida resolución de la complicación⁽¹¹⁾.

En la actualidad contamos con Instrumentos de monitorización clínica y de medida de la cicatrización en úlceras por presión (UPP) y úlceras de la extremidad inferior, que han demostrado su precisión para evaluar la evolución de la herida⁽¹²⁾.

El objetivo del plan de cuidados de enfermería, con respecto a las heridas agudas, debe ser la mejora de la calidad de vida. Se basará en los siguientes puntos⁽²⁾:

- Evitar el aumento de la lesión tisular.
- Favorecer el cierre cutáneo lo más rápido posible.
- Restaurar la movilidad del paciente lesionado para lograr una rápida reincorporación a las actividades de la vida diaria.

Presentamos el caso clínico de una mujer con una herida compleja inciso-contusa, en pierna, y el manejo terapéutico aplicado hasta su resolución.

PRESENTACIÓN Y EVOLUCIÓN DEL CASO CLÍNICO:

Antecedentes:

Mujer extranjera de 63 años, desempleada. Síndrome vertiginoso, hipertensión arterial y asma desde 2006, sin tratamiento actual.

Valoración inicial:

Herida avulsiva en pierna izquierda, producida por arrancamiento, de más de 24 h. de evolución. Se ve afectada la hipodermis con pérdida importante de sustancia. No constan datos iniciales de medidas ni localización exacta.

A los 14 días se complica la lesión. A la exploración: herida inciso contuso en zona tibial proximal en extremidad inferior izquierda (EII) con forma lanceolada de 10 cm largo x 4 cm ancho^(Imagen 1.1).

En lecho se aprecia tejido inviable con esfacelos, fibrina y sospecha de biofilm. Perilesión sin eritema tras tratamiento antibiótico oral con cefuroxima 500 mg durante 8 días. Hoja de control de heridas (12) RESVECH 2.0= 13. Índice Tobillo Brazo 1,0 EID; 0,92 EII^(Imagen 1.2).

Plan de cuidados:

Al acudir a las 48 horas del traumatismo a su centro de salud, se desestimó la posibilidad del cierre primario con sutura. Se optó por el cierre por segunda intención^(Tabla 1).

A los 15 días, con la herida ya complicada, se aplicaron cuidados derivados de la preparación

del lecho de la herida, con control del exudado y de la carga bacteriana, y eliminación del tejido no viable. Se aplicaron TPN y distintos apósitos bactericidas^(Tabla 2).

Manejo de la cura local:

Los primeros 15 días se realizó desbridación autolítica, con malla antiadherente de hidrocóide con lípidos (Urgotul®); que se utilizó, como apósito principal, entre la herida y los apósitos bactericidas. Se aplicaron, también, diversos apósitos de plata solos o combinados entre ellos^(Tabla 1).

FECHA	TRATAMIENTO
21/08/17	Limpieza con suero fisiológico (SF). Desinfección con clorhexidina. Aplicación de malla de Urgotul® con Aquacel Ag+® y sujeción con vendaje.
25/08/17	Limpieza con SF. Desinfección con clorhexidina. Aplicación plata nanocrystalina (Acticoat®) con Aquacel Ag+® + apósito Mepilex border® y sujeción con vendaje.
30/08/17	Limpieza con SF. Desinfección con clorhexidina. Aplicación Acticoat® con apósito antiadherente de alginato con plata (Silvercel®) + apósito de espuma con silicona y borde adhesivo (Mepilex border®).
01/09/17	Limpieza y fomento 10 minutos de Polihexametilén Biguanida. (PHMB) (Prontosan®). Aplicación de Acticoat®, apósito antiadherente de alginato con plata, más Mepilex border®.

Tabla 1. Tratamiento previo. Se pueden observar asociaciones de apósitos de plata en la misma cura, que pueden ser consideradas como una práctica discutible.



Imagen 1. (1) Aspecto que presenta la herida tras el abordaje inicial con Cadexómero. Medición con reglas. (2) Valoración ITB. (3) Mapeo con silueta de la lesión en film milimetrado. Superficie 44 cm² de superficie. (4) A las 48 horas del tratamiento con Cadexómero lodado y Alginato. (5) Al segundo día ya se observa limpieza del lecho de la herida y presencia de tejido de granulación.

FECHA	TRATAMIENTOS APLICADOS
4/09/17	Fomento 10 min. PHMB más desbridación mecánica del lecho de la herida con la gasa del fomento. Limpieza con SF más aplicación de Cadexómero Iodado (Iodosorb®), Alginato Cálculo(Covident®) y vendaje de sujeción.
5/09/17	Fomento 10 min. PHMB más desbridación mecánica del lecho de la herida con la gasa del fomento. Aplicación de compresa de cloruro Dialquilarbamiilo (DACC) Sorbact®. Vendaje compresivo con vendas de tracción corta.
7/09/17	Fomento PHMB y desbridación mecánica del lecho. Apósito de DACC con gel y borde adhesivo. Vendaje tubular elástico.
11/09/17	Fomento PHMB y desbridación de lecho + apósito de colágeno (Epiona®) y alginato + DSUTPN (Pico®).
14/09/17	Limpieza y Fomento con PHMB y desbridación de lecho + apósito de colágeno y alginato + malla de DACC+ DSUTPN.
18 y 21/09/17	Limpieza y fomento con PHMB en gel + desbridación mecánica en lecho + apósito de colágeno + malla de DACC + DSUTPN.
25/09/17	Limpieza y fomento con PHMB en gel + desbridación mecánica en lecho + malla Acticoat® + apósito Alleevyn adhesivo®.
26, 27 y 28/09/17	Limpieza y fomento con PHMB en gel + desbridación cortante + Iodosorb® + apósito simple.
29/09/17	Limpieza y fomento con PHMB en gel + malla de DACC + espuma.
3 y 6/10/17	Limpieza + AGHO perilesión + apósito primario DACC en malla + apósito secundario foam con borde de silicona.
10/10/17	Laminación hiperqueratosis + Corpitol®.

Tabla 2. Tratamientos aplicados para la resolución de la lesión compleja.

En la segunda fase se utilizaron, hasta la limpieza del lecho de la herida, fomentos de polihexametilen biguanida (PHMB) (Prontosan®) y desbridación mecánica con la gasa del fomento, y cadexómero iodado (Iodosorb®) como apósito primario^(Imagen 1.4).

Los apósitos de cloruro de dialquilarbamiilo (DACC) (Sorbact®) se utilizaron sobre el lecho de la herida una vez estuvo libre de debris^(Imágenes 2.1, 2.3, 2.4).

Posteriormente se aplicó un dispositivo de un solo uso de terapia de presión negativa (DSUTPN) (PICO®) asociado a los apósitos primarios de colágeno (Epiona®) y de DACC^(Imagen 3).

Se completó la epitelización con fomentos con PHMB y desbridación cortante del biofilm bacteriano hasta la resolución del mismo^(Imagen 4). Se utilizaron apósitos bactericidas que favorecieron la cura en ambiente húmedo hasta la cicatrización^{(Tabla 2) (Imagen 5)}.

Durante todo el proceso se aplicó película de barrera no irritativa (PBNI) (Askina barrier Film®) en la epidermis perilesional y los bordes de la herida.



Imagen 2. (1) Continúa la descarga bacteriana con la compresa de DACC. (2) Se inicia terapia de compresión con vendas de tracción corta. (3) Aspecto del vendaje a las 24 h. Falta de adhesión del paciente al tratamiento. (4) Apósito de DACC con gel. Se aprecia la protección de la zona de dorsiflexión del pie con espuma, previa a la aplicación del vendaje tubular elástico.



Imagen 3. (1) A las 72 horas con el apósito de DACC con gel, le herida presenta este aspecto: abundante tejido de granulación e integridad de bordes y de perilesión. En la imagen se aprecia la realización de la desbridación mecánica con gasa tras fomento de 10 minutos con solución de PHMB. (2) Vendaje tubular elástico, aplicado en dos tamaños: mayor compresión en tobillo. (3) Falta de adhesión al tratamiento con el vendaje tubular. Se aplica malla de DACC con apósito de espuma y silicona. (4) Se aplica apósito de colágeno como primario. Malla de DACC como secundario, y DSUTPN. (5) El DSUTPN y la malla elástica para sujetar la bomba de succión. No se logró la adhesión al tratamiento con vendaje tubular elástico.

RESULTADOS OBSERVADOS:

Durante los primeros 15 días de tratamiento hubo un aumento del tamaño de la lesión. En el lecho de la herida se observó un incremento del tejido inviable y de la carga bacteriana^(Imagen 1.1). Exudado abundante y fétido. Eritema perilesional con celulitis. Epidermis con bordes íntegros. Se inició tratamiento sistémico con antibiótico.

A los 15 días, se realizó una descarga bacteriana inicial con cadexómero iodado. Que se mantuvo con DAC^(Imagen 1.4 y 2). Esa combinación obtuvo un reequilibrio bacteriano, que favoreció la aparición del tejido de granulación. El tejido inviable se redujo a pequeños restos de fibrina y sospecha de biofilm. Se mantuvo la integridad de los bordes y de la perilesión con PBNI.



Imagen 4. (1) A las 72 h. de tratamiento con el DSUTPN. (2) Reducción de la superficie al 50% tras 72h con la TPN y colágeno. Presentando bordes epiteliales definidos. (3) Comparación del mapeo de superficies.

La eliminación de parte del tejido inviable, y la desbridación autolítica producida por el cadexómero iodado, produjo un aumento de la superficie de la herida hasta los 44 cm cuadrados (Imágenes 1.3, 1.5). Posteriormente, con la aplicación del DSUTPN y el colágeno (Imágenes 3.5, 3.4), durante los tres primeros días, se redujo la superficie de la herida en un 50% (Imagen 4.3). La medición con RESVECH 2.0 bajó de 13 a 9.

La herida se estancó durante una semana. Se practicó una desbridación cortante del lecho ante la sospecha de la persistencia del biofilm bacteriano (Imágenes 5.1, 5.2). Se utilizó cadexómero iodado durante 4 días, y DACC durante ocho días hasta que se completó la cicatrización (Imágenes 5.3, 5.4, 5.5).

Transcurrieron 15 días hasta la complicación de la herida aguda, y 36 días para la resolución de la herida compleja (Imagen 5.5).

La paciente presentó intolerancia a la terapia de compresión tanto con vendas de tracción corta como con vendaje tubular elástico (Imágenes 2.2, 3.2).

DISCUSIÓN:

El principal problema del caso radica en la no realización del cierre primario con sutura desde el inicio de la lesión. La paciente acudió al centro

de atención primaria pasadas las 48 horas desde el traumatismo con una silla vieja. Si la herida no presentase una gran pérdida de sustancia, quizás hubiese sido posible, con una adecuada técnica de Friederich previa, suturar la herida pasado ese plazo^(13,14). Los datos reflejados en la historia clínica informatizada son insuficientes para determinar la idoneidad de este tratamiento sugerido.

El desequilibrio bacteriano que se plasmó en la complicación de la herida, aunque carezcamos de instrumentos fiables para su diagnóstico, deberíamos relacionarlo con la presencia de un biofilm bacteriano^(4,15).

La involución y complicación de la herida, en este caso, nos induce a considerar que la utilización de clorhexidina, y la aplicación de hidrocoloide con lípidos entre los apósitos bactericidas y el lecho de la herida, hayan sido insuficientes para mantener un adecuado equilibrio bacteriano⁽⁴⁾.

Para eliminar el biofilm, tal cómo se recomienda en las GPC y documentos de posición^(3,4,16), se debería incidir en la recomendación de realizar desbridación mecánica, o cortante, en serie, previa a la aplicación de los apósitos bactericidas.



Imagen 5. (1) Sospecha de biofilm por estancamiento de la herida durante 7 días. Se realiza desbridación cortante y Cadexómero Iodado durante 4 días. (2) Reducción de la superficie posterior a la eliminación de la biofilm. (3) Comparación de superficies. RESVECH 8. Se retorna al equilibrio bacteriano. (4) El apósito de DACC con espuma mantiene un buen control del exudado y de la carga bacteriana tras 5 días de permanencia. (5) Epitelización completada. Se mantuvieron las mallas de DACC hasta la epitelización.

La insuficiencia venosa de las extremidades inferiores, de grado 1, a priori no representaba un factor determinante en la evolución de la herida, ya que no se produjo flebolinfedema en la extremidad. Aun así, la utilización de vendas de tracción corta, o de medias, que generen una presión en trabajo de 18 a 23 mm/hg podría resultar una opción a tener en cuenta en casos similares⁽¹⁶⁾. Otros intentos de aplicar una mínima compresión fueron rechazados. Ante esa negativa al tratamiento optamos por la utilización de TPN⁽¹⁷⁾.

Nos queda la duda de saber si la terapia de compresión hubiese acelerado el proceso de curación, sin necesidad de utilizar la TPN, y también si la utilización de cadexómero iodado, junto a la desbridación cortante seriada, hubiese resuelto el biofilm sin necesidad de utilizar el DSUTPN.

CONCLUSIONES:

En este caso, la asociación de mallas de hidrocoloides con apósitos de fibras y plata fueron insuficientes para mantener un buen equilibrio bacteriano, y eliminar el biofilm bacteriano.

Por el contrario, el tratamiento antibiótico sistémico, que resolvió la infección, asociada a la descarga bacteriana del lecho de la herida, realizada con los fomentos con PHMB y la posterior desbridación mecánica del lecho, junto al cadexómero iodado, primero, y después el DACC, resultaron eficientes para resolver la complejidad del caso y eliminar el biofilm.

La asociación de apósitos moduladores de las metaloproteasas con el DACC junto al DSUTPN, resultó ser una buena, y eficiente, opción para acelerar la resolución de este caso, aunque quizá potenció la permanencia del biofilm.

El índice de medida RESVECH 2.0 ha sido muy útil para monitorizar la evolución de la herida.

BIBLIOGRAFÍA

1. García González RF, Gago Fornells MF, Chumilla López S, Gaztelu Valdés V. Abordaje de enfermería en heridas de urgencias. *Gerokomos*. 2013; 24 (3): 132-8.
2. Ramasastry SS. Acute Wounds. *Clin Plastic Surg* 2005; 32: 195-208.
3. Avilés MJ, Sánchez MM, coordinadores. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2012. p. 84-7.
4. World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). Documento de Posición. Tratamiento del biofilm. *Wounds International*. London: MEP Ltd.; 2016.
5. European Wound Management Association (EWMA). Documento de Posicionamiento: Heridas de difícil cicatrización: un enfoque integral. Londres: MEP Ltd; 2008.
6. Esperón Güimil JA, Loureiro Rodríguez MT, Antón Fuentes VM, Rosendo Fernández JM, Pérez García I, Soldevilla-Agreda JJ. Variabilidad en el abordaje de las heridas crónicas: ¿Qué opinan las enfermeras? *Gerokomos*. 2014;25(4):171-7.
7. Oliveira SHS, Soares MJGO, Rocha PS. Uso de cobertura com colágeno e aloe vera no tratamento de ferida isquêmica: estudo de caso *Rev Esc Enferm USP* 2010; 44(2):346-51.
8. Consenso Internacional. La importancia del tratamiento de heridas eficiente. London: Wounds International; 2013.
9. Fernández Reina J, España Aguilar AB, Molina Gómez V. Prevalencia de infecciones en heridas inciso-contusas en urgencias. [comunicación]. *Enferm Docente*. 2016; 1(106): 214.
10. Salem ZC, Pérez PJA, Henning LE, Uherek PF, Schultz OC, Butte BJM, González FP. Heridas. Conceptos generales. *Cuad Cir* 2000; 14: 90-9.
11. Hampton J. Providing cost-effective treatment of hard-to-heal wounds in the community through use of NPWT. *Br Community Nurs*. 2015; 20:14-20.
12. Restrepo Medrano JC. Instrumentos de monitorización clínica y de medida de la cicatrización en úlceras por presión (UPP) y úlceras de la extremidad inferior (UEI). Desarrollo y validación de un índice de medida. [Tesis doctoral]. Alicante: Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia de la Universidad de Alicante; 2010. p. 234.
13. Van den Baar M, Van der Palen J, Vroon M, Bertelink P, Hendrix R. Is time to closure a factor in the occurrence of infection in traumatic wounds? A prospective cohort study in a Dutch level 1 trauma center. *BMJ* 2010; 27(1). doi:10.1136/emj.2009.075846
14. Quinn J, Polevoi S, Kohn M. Traumatic lacerations: What are the risks for infection and has the "golden period" of laceration care disappeared? *BMJ*. 2011; 31 (2). doi: 10.1136/emermed-2012-202143
15. Attinger C, Wolcot R. Clinically addressing biofilm in chronic wounds. *Adv Wound Care*. 2012; 1 (3) 127-32.
16. Asociación Española de Enfermería Vasculare y Heridas. Guía de práctica clínica: Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético. 3ª edición. Madrid: AEEVH; 2017.
17. Da Silva PN; de Almeida OAE, Rocha IC; Terapia tópica en el tratamiento de las heridas crónicas. *Enferm Glob*. 2014,13(33): 33-45.

“ESCRITORIO VIRTUAL DEL PACIENTE”, UNA SELECCIÓN DE RECURSOS WEB DE SALUD FIABLES Y SEGUROS PARA PRESCRIBIR A NUESTROS PACIENTES.

Autor: Luis Arantón Areosa.

PhD, MSN, RN. Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol. Servizo Galego de Saúde (Sergas). Grupo de investigación: Integridad y cuidados de la Piel. Universidad Católica de Valencia.

Contacto: luaranton@gmail.com

Desde Derm@red, promovemos el papel de todos profesionales sanitarios como agentes de salud; un rol que va más allá de las responsabilidades asistenciales de atención sanitaria, administración de cuidados y promoción de la salud.

Como refiere el Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información, en su estudio “Los ciudadanos ante la e-Sanidad 2016”⁽¹⁾, “más del 60% de la población española utiliza Internet para consultar información sobre salud y uno de cada 5 lo hace a través de las redes sociales”, insiste además en que “los ciudadanos reclaman a los profesionales de la salud páginas web fiables y seguras”.

Así pues, proporcionar información sobre temas relacionados con aspectos como la importancia y repercusión de la dieta en la salud, la realización de ejercicio físico adecuado, el cumplimiento de las pautas antibióticas o por ejemplo, los peligros de las pseudociencias, es una de nuestras funciones, que tendremos que desempeñar en cualquiera de los distintos niveles asistenciales (Atención Primaria, Hospitalaria y Urgencias); pero además, que esa información, sea clara, objetiva y segura, es nuestra responsabilidad.

Internet pone a disposición de cualquier persona con acceso a web, multitud de enlaces con información sanitaria, pero muchos de ellos sin el rigor suficiente o que incluso pueden entrañar verdaderos peligros para los usuarios sin una mínima formación al respecto⁽²⁾.

Disponer de enlaces web o Apps de salud fiables, es de vital importancia para hacer prevención y promoción de la salud, para mejorar los conocimientos, la adherencia a hábitos de vida más saludables, a tratamientos y sobre todo, para garantizar la seguridad de nuestros pacientes.

Un paciente empoderado, que tiene conocimientos sobre su enfermedad y sobre el tratamiento de la misma, participará más activamente en los cuidados relacionados con su salud, asumirá mayor protagonismo y tendrá un papel más activo en su proceso⁽³⁻⁶⁾.

La prescripción responsable y profesional de links web o aplicaciones móviles con información adecuada y fiable, nos ofrece enormes ventajas y es ya una realidad que irá en aumento^(6,7), por eso, iniciativas como la que presentamos a continuación, deben de ser siempre bienvenidas.

“Escritorio del Paciente” (imagen 1), es una iniciativa innovadora que aglutina múltiples enlaces de salud fiables y seguros.

Se trata de una webmix, (<https://www.symbaloo.com/mix/escritoriodelpaciente>), que surge de la colaboración de las enfermeras Ángeles López, Pedro Soriano y Jordi Mitjà, la doctora Marta Puig-Soler y los pacientes Ana Cordobés y Jacobo Caruncho del proyecto #FFPaciente⁽⁸⁾.

Esta aplicación, de acceso gratuito, incluye accesos a páginas de organismos oficiales como: “Organización Mundial de la Salud”, “Organización Nacional de Trasplantes”, “Oficina de Atención a la Discapacidad” o la de la “Agencia Española del Medicamento”, pero también incorpora otros accesos sobre “Lactancia materna”, “Drogas y adicciones”, “Hábitos de higiene”, “Salud bucodental”, “Vacunas”, “Salud sexual”, “Primeros auxilios”, “Heridas”, “Cuidadores”, “Conductas saludables”, “Donación de sangre” o “Voluntades anticipadas”, entre muchas otras dentro de una amplia y cuidada selección de información práctica y fiable. Sin duda un recurso a tener en cuenta y que podemos recomendar a otros profesionales, para que a su vez, puedan prescribirla a sus pacientes.



Imagen 1. Escritorio del paciente <https://www.symbaloo.com/mix/escritoriodelpaciente>

En esta línea, uno de los creadores de la webmix, el enfermero Jordi Mitjà Costa, que es también autor y editor del Blog www.enfermeriablog.com y de la App Enfermería Blog (con amplia presencia en redes sociales: **Twitter:** @enfermeratweet, **Facebook:** Enfermería Blog, **Instagram:**

Enfermería_blog), ha publicado en su blog⁽⁹⁾ (<http://enfermeriablog.com/la-receta-para-prescribir-paginas-web-de-salud/>), la primera receta^(imagen 2) para que los profesionales de la salud puedan descargar el modelo de prescripción y así prescribir la webmix.

PRESCRIPCIÓN DE PÁGINAS WEB DE SALUD

Escritorio Virtual del Paciente

www.symbaloo.com/mix/escritoriodelpaciente

CUERPO DE LA RECETA

INDICACIONES:

Permite acceder de forma rápida, sencilla e intuitiva a páginas web de salud fiables y seguras. Es una herramienta útil, fácil de usar y gratuita.

RECUERDE:

Antes de tomar cualquier decisión sobre su salud, contraste la información con su profesional sanitario.

RECETA WEB

Imagen 2. Prescripción de páginas web de salud. <http://enfermeriablog.com/la-receta-para-prescribir-paginas-web-de-salud/>

La receta se puede imprimir y entregar a los pacientes. Al entrar en el enlace, entran a un “escritorio virtual del paciente”, desde el cual pueden acceder de forma rápida, sencilla e intuitiva a todos los recursos web que incluye... todo ello, de una forma ágil, cómoda y gratuita. El mismo modelo de receta puede ser usado también, para prescribir cualquier otro recurso web o aplicación.

Podéis hacer llegar sugerencias sobre contenidos que os gustaría que se abordasen en **Derm@red**, a la dirección: luaranton@gmail.com.

Gracias por estar ahí.

BIBLIOGRAFÍA

1. Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información (ONTSI). Los ciudadanos ante la e-Sanidad. Opiniones y expectativas de los ciudadanos sobre el uso y la aplicación de las TIC en el ámbito sanitario. [Monografía online]. Madrid: Ministerio de Industria, Energía y Turismo, Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información; 2016. [Acceso 18 diciembre 2017]. Disponible en: https://www.ontsi.red.es/ontsi/sites/ontsi/files/los_ciudadanos_ante_la_e-sanidad.pdf
2. Jiménez-Pernett J, García-Gutiérrez JF, Martín-Jiménez JL, Bermúdez-Tamayo C. Tendencias en el uso de Internet como fuente de información sobre salud. UOC Papers [Online]. 2007 [Acceso 18 diciembre 2017]; (4): 44-50. Disponible en: <http://www.uoc.edu/uocpapers/4/dt/esp/jimenez.pdf>
3. Arantón-Areosa L. Prescribir Links y Apps fiables. Empoderar a los pacientes. Enferm Dermatol [Online]. 2014 [Acceso 18 diciembre 2017]; 8(22):44-9. Disponible en: <http://www.anedidic.com/descargas/dermared/22/prescribir-links-y-apps.pdf>
4. Arantón-Areosa L. Dermatología 2.0, una nueva forma de acercarse al paciente. Enferm Dermatol [Online]. 2015 [Acceso 18 diciembre 2017]; 9(25):44-46. Disponible en: http://www.anedidic.com/descargas/dermared/25/dermared_25.pdf
5. Arantón-Areosa L. Dermatología en Blogs. Enferm Dermatol [Online]. 2014 [Acceso 18 diciembre 2017]; 8(23):29-31. Disponible en: http://www.anedidic.com/descargas/dermared/23/dermared_23_blogs_derma.pdf
6. Fernández-Salazar S, Ramos-Morcillo AJ. Prescripción de links y de aplicaciones móviles fiables y seguras, ¿estamos preparados para este nuevo reto? Evidentia [Online]. 2013 [Acceso 18 diciembre 2017]; 10(42). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n42/ev4200.php>
7. Arantón-Areosa L. Prescribir Apps dermatológicas para pacientes y profesionales. Enferm Dermatol. 2017; 11(31):51-3.
8. Ffpaciente.es [Blog digital]. Madrid: Asociación FFPaciente; 2016. [Actualizada a 13 diciembre de 2017; acceso 18 diciembre 2017]. FFPaciente, ante todo personas. Disponible en: <https://ffpaciente.es/>
9. Enfermeriablog.com [Blog digital]. Barcelona: Jordi Mitjà Costa; 2016. [Actualizada a 8 diciembre de 2017; acceso 18 diciembre 2017]. La receta para prescribir páginas web de saludes fiables y seguras. Disponible en: <http://enfermeriablog.com/la-receta-para-prescribir-paginas-web-de-salud/>

COMUNICACIONES ORALES DEL XIV CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA DERMATOLÓGICA

APLICACIÓN DEL CONCEPTO “TIME” COMO HERRAMIENTA DE ABORDAJE EN LA PLH EN MÚLTIPLES LESIONES EN EL EID TRAS ISQUEMIA ARTERIAL AGUDA.

Autores: Navarro-Rozalen MT, Escuder-Arnau I, Cantín-Sánchez MP.

Hospital San José. Teruel

Contacto: mdiazg@aragon.es

INTRODUCCIÓN

El concepto TIME (T: Tejido no viable, I: Infección, inflamación, M: Desequilibrio en la humedad, E: Granulación / Epitelización), establece los parámetros adecuados para el abordaje de las múltiples úlceras causadas tras la resolución del proceso agudo en la resolución de la isquemia arterial. Individualiza los cuidados de cada lesión basada en la exploración inicial y permitió facilitar el proceso que tiende a la cicatrización para conseguir su resolución en el menor tiempo posible.

OBJETIVO

Individualizar el tratamiento local de cada lesión

METODOLOGIA

- Valoración integral geriátrica del paciente/ valoración del dolor
- Valoración de parámetros específicos de las úlceras para establecer cuidados en la PLH según la fase del proceso de cicatrización en que se encontraban.
- El primer paso fue eliminar el tejido esfacelado en aquellas heridas que lo presentaban ya que este aumenta la proliferación bacteriana y representa un riesgo de desequilibrio y puede conducir a la infección local.
- Seleccionar el producto adecuado a cada lesión en la PLH. Diverso basado en disbridamiento enzimático autolítico y en ocasiones cortante. Gestión del exudado con alginatos. Gestión de la infección con plata y abordando la CAH con vendaje oclusivo de venda de algodón para disminuir el edema
- Utilización de PHB en todas las lesiones
- La piel perilesional se trata con cremas barrera a base de óxido de zinc y emulsión de AGH en el resto de piel descamativa.
- Se pautaron curas c/48 horas que fueron bien toleradas por el paciente.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Utilizar como herramienta de trabajo TIME permitieron integrar de forma coherente y efectiva los productos que se iban adecuando mejor a las necesidades de PLH de las heridas permitiendo su evolución satisfactoria hasta la epitelización total.

COMPLEJIDAD DE LA HERIDA CRÓNICA: TRAUMA, DOLOR Y CICATRIZACIÓN EN ENFERMOS DE ALZHEIMER

Autores: Moreno-Guerín-Baños A, Pérez-Godoy-Díaz E, Vicente Marín-Sereno PV.

Sevilla

Contacto: anmogueba@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Aunque los conocimientos sobre la biología de la cicatrización de las heridas han evolucionado de forma importante en los últimos 25 años, y ha sido mayor el desarrollo de tecnología avanzada que puede dar respuestas a incógnitas en cuanto a solucionar heridas crónicas y úlceras de alta complejidad; cada vez es más cuestionada la capacidad, habilidades y destrezas para evaluar la intensidad del dolor que experimenta un paciente con deterioro cognitivo y problemas de comunicación.

OBJETIVO

Detectar mediante el lenguaje corporal y no verbal, modificaciones de conducta y comportamiento, indicadores y herramientas que permitan evaluar y manejar el dolor en Úlceras y Heridas en pacientes con déficit de comunicación.

MATERIAL Y METODO

Diseño de Estudio Observacional de Corte Transversal en pacientes institucionalizados con diagnóstico de Demencia según el DSM IV y Escala de Demencia FAST > 6 (= Síndrome de Inmovilidad y Encamamiento) y MMNE (Mini Mental) que presentaran Úlceras por presión en algunos de los grados II, III y/o IV. Aplicación de la Escala PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia). Posteriormente se realiza Revisión Bibliográfica Internacional de la literatura existente, para comprobar si el Discurso era Coherente y/o Discordante (apoyado en imágenes de video de corta duración).

RESULTADOS

Los instrumentos utilizados en la evaluación del dolor de los pacientes, reúnen las propiedades psicométricas de validez de contenido: contiene una muestra representativa de las conductas que se desean evaluar, y, validez empírica: comparación de la prueba con un criterio externo. Incluso, sin aplicar la escala, se puede apreciar las reacciones somáticas, las posiciones antálgicas en reposo, la protección de las zonas de la herida ante el estímulo, que impide curarla, incluso ni siquiera examinarla; así como, reacciones psicomotoras, muecas faciales, tensión, frotarse fuertemente,...que evidencian un dolor antes y durante el tratamiento de la herida, que no pueden manifestar, pero que es claro y muy explícito.

CONCLUSIÓN

Existe una infra-detección del dolor en Heridas y Úlceras en pacientes con problemas de relación/comunicación (Demencias), presentando repercusiones funcionales y afectando a la calidad de vida del paciente. Se usan escalas para cuantificar el dolor en Heridas a nivel verbal, pero se cuentan con pocas escalas que permitan, a través de la orientación comportamental, medir el dolor y sus efectos relacionados con la manipulación de las heridas. Un buen manejo del dolor en las Úlceras y Heridas reduce las alteraciones de conducta. "No tratamos heridas, tratamos a pacientes con heridas"

PREVENCIÓN PREVIA A LA SAFENECTOMÍA.

Autora: Maicas-Maicas MJ.

Residencia Javalambre. Teruel

Contacto: mmaicasmaicas@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Las varices son una de las enfermedades de mayor prevalencia. Sin embargo, hay un alto nivel de desconocimiento. Con esta comunicación vamos a intentar clarificar:

- Si los factores de riesgo se corrigen a tiempo.
- Los diagnósticos se realizan a su debido tiempo.
- Si se han probado métodos menos invasivos como medias, escleroterapia o fármacos previamente a someterse a una intervención quirúrgica.

En definitiva, este estudio trata de comprobar si se ha realizado una correcta prevención antes de someterse a una intervención de varices, midiendo los factores de riesgo, síntomas, tratamientos previos y escalas de insuficiencia venosa y calidad de vida de dichos pacientes.

OBJETIVOS

Demostrar la importancia que tiene la prevención para evitar la formación de varices en miembros inferiores del paciente lo que puede evitar intervención quirúrgica.

MÉTODOLOGÍA

En el estudio, con muestra de 50 pacientes que iban a ser intervenidos de safenectomía, se obtienen la información a través de un cuaderno de datos, se mide nivel de insuficiencia venosa a través de la escala de Clinical – Etiologic – Anatomic – Pathophysiologic (CEAP) y se valora la calidad de vida de los pacientes a través del cuestionario específico de calidad de vida Chronic Venous Insufficiency Quality of life Questionnaire (CIVIQ-20). Se extraen los datos, se valoran gráficamente y se realiza una correlación entre los tratamientos previos y escalas (CIVIQ – 20 Y CEAP).

RESULTADOS

Los resultados obtenidos en esta investigación muestran:

- El género de la muestra era mayoritariamente femenino.

- La media de edad se establecía sobre 51 años.
- El índice de masa corporal nos indica sobrepeso en la mitad de la muestra.
- Los trabajos sedentarios constituirían un 68%.
- Si hablamos del tiempo de años de esta patología, hablaríamos de una media de 9,9 +- 5,9 años.
- Los antecedentes: observamos una existencia de antecedentes genéticos de insuficiencia venosa.
- Respecto a los hábitos no saludables: nuestro estudio refleja la existencia de fumadores.
- En lo referente a síntomas: Si observamos los síntomas los pacientes nos indican tener mucho dolor, pesadez, hinchazón y en menor medida calambres.
- Basándonos en los signos: la mayoría presentan alteraciones tróficas en la piel, en menor medida varices y con poco edema.
- Los antecedentes de trombosis venosa superficial existen en un elevado porcentaje.
- En antecedentes terapéuticos: Tratamiento farmacológico más de la mitad tomo fármacos unos 10 meses antes de una intervención. El tratamiento con medias de compresión fue muy poco utilizado. Previamente al estudio, los tratamientos de escleroterapia habían sido realizados por la mitad de los pacientes. El tratamiento quirúrgico fue menor.
- Las escalas, según CEAP, hablamos de un grado C4 con alteraciones tróficas cutáneas.
- En el cuestionario CIVIQ -20: El promedio de calidad de vida global sigue la mitad establecida.
- Se relacionó los diferentes tratamientos con las escalas de CEAP y CIVIQ-20, con resultados significativo $p < 0,05$.

CONCLUSIONES

Se demuestran:

Elevados factores de riesgo modificables en nuestra muestra.

- Los signos y síntomas de los pacientes nos demuestran que se encuentran en un estado muy avanzado de la enfermedad.
- Se han realizado pocos tratamientos preventivos durante todo el proceso.
- Los pacientes presentaban una insuficiencia venosa correspondiente a CEAP, C4, siendo necesaria la intervención.
- La media de años con patología venosa también nos indica que se ha mantenido el problema durante mucho tiempo.

Podemos afirmar que los tratamientos preventivos tienen relación con la calidad de vida de los pacientes. Todo esto me sugiere, que no se ha realizado una correcta prevención previa, y si se hubiese hecho, los pacientes presentarían un grado de CEAP más bajo y no hubieran sido necesarios tratamientos invasivos.

EFFECTIVIDAD DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN NEONATOS HOSPITALIZADOS.

Autores: Pérez-Paredes A, García-Molina P, Álvarez-Ordiales A, Alfaro-López A, García-Rodríguez SM, Balaguer-López E.

Hospital Clínico Universitario de Valencia

Contacto: alpe1591@gmail.com

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la mayoría de intervenciones preventivas se extrapolan de guías de práctica clínica basadas en la opinión de expertos y muchas prácticas están basadas en medidas preventivas de UPP en adultos. Esta revisión pretende promover la realización de más estudios empíricos sobre prevención de UPP en recién nacidos.

OBJETIVOS

El objetivo principal de esta revisión fue analizar la efectividad, en términos de disminución de la incidencia de UPP, de las medidas y estrategias preventivas de UPP en neonatos hospitalizados.

MÉTODO

La recuperación de estudios se realizó a través de tres bases de datos (Medline a través de Pubmed, Scopus y Science Direct) y a partir de un experto. Solamente se incluyeron en esta revisión los estudios publicados del 2007-2017 en español o inglés, que de forma directa o indirecta valoraran la efectividad de una medida o estrategia preventiva de UPP en neonatos hospitalizados y que en cuanto al diseño fueran o estudios clínicos controlados o cuasi-experimentales.

RESULTADOS

De 100 estudios recuperados se realizó el análisis de 5 estudios, los demás fueron excluidos por no cumplir los criterios de elegibilidad. La mayoría de estudios analizan la efectividad de una medida preventiva de UPP secundaria al tratamiento con CPAP en neonatos prematuros. Todos los estudios tienen limitaciones en la metodología que emplean, lo que hace que la evidencia de sus recomendaciones sea baja-moderada.

CONCLUSIONES

Es necesaria la realización de estudios controlados aleatorios de mayor potencia para poder recomendar alguna medida o estrategia preventiva.

Descriptor o palabras clave: neonatos, úlcera por presión, prevención

PROTOCOLO PARA LA APLICACIÓN DE TERAPIA DE DESBRIDAMIENTO LARVAL.

Autores: Álvarez-Ordiales A, Pérez-Paredes A, García-Molina P, Balaguer-López E.

Hospital Clínico Universitario de Valencia

Contacto: Adanordiales@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La Terapia de Desbridamiento Larva (TDL) o Terapia de "maggot" o biocirugía, se describe como la utilización de larvas para la eliminación de tejido no viable. Este tratamiento está disponible en nuestro país, pero su uso es limitado y escasamente conocido en la práctica asistencial habitual. Los documentos de consenso internacional reconocen esta terapia como un método eficaz, seguro y altamente selectivo para el control de la carga biológica de las heridas complejas.

OBJETIVO

Mostrar el proceso de introducción y uso de la TDL como terapia avanzada en el manejo de heridas de difícil cicatrización en el contexto asistencial de un Departamento de Salud.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha elaborado el procedimiento para la utilización de dicha terapia, coordinada por la Unidad Enfermera de Úlceras y Heridas Complejas del Hospital Clínico de Valencia. Este protocolo incluye el proceso administrativo, de selección del tamaño de los apósitos y el procedimiento de aplicación y cuidados de la propia terapia.

RESULTADOS Y CONCLUSIÓN

Este protocolo se encuentra en proceso de implantación, habiendo sido aplicado desde distintos servicios con varios pacientes.

EL PORTAL "ÚLCERAS FÓRA", UN ESPACIO VIRTUAL PARA LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO EN HERIDAS EN EL SERVICIO GALEGO DE SAÚDE.

Autores: Calvo-Pérez AI, Fernández-Segade J, Cimadevila-Álvarez MB, Gil-Rodríguez A, García-Quintáns A, Aboal-Viñas J.

Servicio de Integración Asistencial - Dirección General de Asistencia Sanitaria. Sergas.

Contacto: Ana.Calvo.Perez@sergas.es

INTRODUCCIÓN

Los cuidados de la salud tienen una continua necesidad de cambio, que hace necesario ser más creativos para cubrir las demandas de profesionales y ciudadanos. Las instituciones sanitarias tienen el reto permanente, de gestionar el conocimiento pues este no solo nos permite conocer e interpretar algo, sino que nos da la posibilidad de poder actuar.

Para las profesiones sanitarias es imprescindible estar actualizados de las novedades de la evidencia científica y el abordaje de las heridas no es ajeno a esta realidad, por ello el Servicio Gallego de Salud (Sergas) a través de su Programa Úlceras Fóra pone a disposición de profesionales y ciudadanos un espacio web que canalice el conocimiento generado por sus miembros en materia de deterioro de la integridad cutánea y tisular.

OBJETIVOS

Publicar portal web como espacio virtual de referencia de las líneas estratégicas en el abordaje de úlceras y heridas.

Favorecer la implementación de criterios asistenciales comunes (identificación del riesgo, valoración de lesiones, medidas preventivas, terapias, utilización de productos, seguimiento, registro, etc...) que posibiliten avanzar hacia la unificación de criterios y la correspondiente reducción de la variabilidad clínica de forma, ágil, amigable y de fácil acceso.

MÉTODOLÓGIA

Estudio observacional, cuantitativo y retrospectivo de la implementación del Portal

1. Creación grupos de trabajo:
 - Equipo informático: desarrollo, implantación y configuración de la plataforma tecnológica web.
 - Coordinadores de mantenimiento del portal.
 - Autores de contenidos: referentes en heridas del Sergas.
2. Definición de requisitos funcionales:
 - Acceso al portal: sin restricción.
 - Tipos de contenidos: vídeos, juegos, presentaciones, pdf...
 - Bilingüe: gallego-castellano.
3. Creación de contenidos
4. Publicación y difusión: EOXIS, Congresos
5. Monitorización

RESULTADOS

Período de estudio enero-agosto 2017: nº total de visitas: 39.939 y tipos de acceso. Período de estudio julio-agosto 2017: nº visitas a las Guías de heridas del Sergas: 1.197, al Catálogo de productos: 125, al congreso de Anedidic: 16.

CONCLUSIONES

El aprovechamiento las nuevas tecnologías ofrecen la posibilidad de ofrecer na herramienta formativa e informativa muy potente y con las mejores evidencias científicas al alcance de un clic.

La puesta en marcha del Portal Úlceras Fóra refleja la firme apuesta del SERGAS para poner a disposición de profesionales y ciudadanía un espacio web el conocimiento adquirido en la organización en materia de heridas. También describe el esfuerzo y entusiasmo de muchos profesionales (enfermeras y médicos) por mejorar su práctica clínica en el cuidado y abordaje integral de los pacientes.

TRATAMIENTOS QUE MEJORAN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON HIPERHIDROSIS.

Autora: Cuenca-Simón CM.

Hospital Universitario de La Ribera. Alzira. Valencia.

Contacto: carmen.cuenca.1982@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La hiperhidrosis tiene un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes, afectando su estado social, profesional y psicológico. Por ello, es importante que enfermería profundice tanto en el abordaje de su tratamiento, como en la educación y apoyo al paciente con esta patología.

OBJETIVO

Revisión bibliográfica de la literatura científica de los últimos cinco años (2012-2017) sobre los tratamientos que mejoran la calidad de vida en pacientes con hiperhidrosis.

MÉTODO

Se efectuó una búsqueda de la literatura científica en las bases de datos de Pubmed y LILACS empleando los descriptores en ciencias de la salud y los operadores booleanos OR y AND. Para el proceso de selección de la muestra se aplicaron criterios de selección (inclusión / exclusión) valorados mediante la escala de JADAD.

Variables a estudio: Sociodemográficas: edad y sexo; métodos para medir la calidad de vida; métodos para cuantificar el sudor; tratamientos empleados.

RESULTADOS

La muestra a estudio quedó formada por siete ensayos clínicos. La edad media osciló entre los 25-35 años con predominio del género femenino. La escala más empleada para medir la calidad de vida fue HDSS y como método para cuantificar el sudor la gravimetría. Los tratamientos más habituales fueron la oxibutinina, la onabotulinumtoxina A y la cureta de succión tumescente.

CONCLUSIONES

Los tratamientos para la hiperhidrosis, son efectivos y mejoran la calidad de vida del paciente. La ausencia de referencias enfocadas a los cuidados de enfermería nos conduce a plantearnos elaborar planes de cuidados dirigidos a mejorar su abordaje.

Palabras clave: Enfermedad del Sudor, Hiperhidrosis, Terapia, Calidad de Vida.

HERIDAS CRÓNICAS: APRENDER A MIRAR, PARA VALORAR Y TRATAR.

Autores: Lago-Varela F, Rodríguez-Robisco P, Bello-Bello V, Pazos-Vilar P.

Servizo Galego de Saúde

Contacto: florentino.lago.varela@sergas.es

INTRODUCCIÓN

En el abordaje de las heridas crónicas, además de realizar una valoración integral del paciente, es necesario filiar el tipo de lesión. Datos como el tamaño, la localización, la profundidad, la presencia de tunelización, la sospecha/certeza de infección, las características del exudado, el tipo de tejido presente en el lecho ulceral y el estado de la piel perilesional, son fundamentales para realizar un adecuado diagnóstico diferencial.

Como formadores, con relativa frecuencia resolvemos dudas respecto a los dos últimos ítems mencionados.

OBJETIVOS

Elaborar material didáctico específico que facilite el aprendizaje de los tipos de tejido en el lecho de la herida y de las alteraciones en la piel periulceral.

METODOLOGÍA

Se han realizado fotografías de lesiones de distinta etiología; sobre las mismas, se han diferenciado con color y texto explicativo los diferentes tipos de tejido. Se procede de igual manera con las alteraciones de la piel perilesional.

RESULTADOS

No procede

CONCLUSIÓN

Las heridas crónicas son un importante problema de salud debido a su alta prevalencia, los costes económicos asociados y la merma en la calidad de vida del paciente.

La correcta diferenciación de tejidos y el reconocimiento de las alteraciones en el estado de la piel perilesional son fundamentales para la aplicación del tratamiento más adecuado y, por tanto, mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Bibliografía:

1. European Wound Management Association (EMWA). Position. Document: Wound Bed Preparation in Practice. London: Med Ltd, 2004.
2. García-Fernández, FP; Soldevilla-Agreda, JJ; Pancorbo Hidalgo, PL; Verdu Soriano, J; López-Casanova, P; Rodríguez Palma, M. Clasificación-categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº II. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño 2014

ABANDONANDO LA CURA PLANA: TRATAMIENTOS ACTUALES EN HERIDAS QUIRÚRGICAS.

Autor: Murillo-Escutia AV.

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Contacto: murillo.alfredo@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La cura plana en heridas quirúrgicas (HQ) es una práctica habitual y actualmente discutida. El desarrollo de productos para la cura ambiente húmedo (CAH) y la aplicación de sistemas de vacío son relativamente nuevos y aportan ciertos beneficios en comparación a la cura seca.

OBJETIVOS

Conocer las alternativas a la cura plana diaria en el entorno hospitalario de HQ que cierran por primera intención.

RESULTADOS

La cura plana consiste en la limpieza de la herida con suero salino, desinfección, dejar secar y cubrir con un apósito tradicional de algodón, de manera diaria. El principal beneficio de cubrir una HQ es gestionar el exudado y aislarla del ambiente para evitar la infección del sitio quirúrgico (ISQ). El auge de los apósitos usados para la CHA de heridas crónicas ha mostrado también su utilidad en las HQ apareciendo procedimientos como la técnica Mölnal (aplicación de una hidrofibra cubierta con un film de poliuretano, con técnica estéril, desde quirófano) o la aparición de distintos apósitos compuestos por variedad de materiales que se basan en la misma premisa que la técnica mencionada. Los beneficios de este tipo de apósitos son: evitar complicaciones locales (como las ampollas, maceración, etc), aumentar el confort del paciente, disminución del tiempo de enfermería y contención de costes ya que la cura no se levanta hasta los 10 días.

La relación de los distintos materiales frente a la prevención de la ISQ ha sido revisado en un reciente meta análisis, demostrando un muy bajo nivel de evidencia frente a la eficacia de los distintos materiales de la CHA (incluyendo apósitos de plata) en comparación con la cura tradicional e incluso con dejar la herida expuesta.

Una alternativa más novedosa es la aplicación de terapia de presión negativa en las HQ. Esta modalidad terapéutica sí que ha mostrado con significación estadística reducir la infección del sitio quirúrgico, la aparición de seromas y evitar las dehiscencias. En este caso las curas se realizarían entre cada 2 y 7 días.

CONCLUSIONES

Aunque la cura seca y la CAH no muestren diferencias en cuanto a la ISQ, podemos afirmar que la aplicación de la CAH en incisiones es beneficiosa en comparación con la cura seca diaria. El uso de la TPN muestra resultados prometedores en cuanto a la prevención de la ISQ, pero es necesario investigar más.

UNA DÉCADA DE INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS DE LA PIEL A TRAVÉS DE LA REVISTA ENFERMERÍA DERMATOLÓGICA: ESTUDIO CIENCIOMÉTRICO.

Autores: Rumbo-Prieto JM⁽¹⁾, Arantón-Areosa L^(1,2), Palomar-Llatas F⁽²⁾, Bonías-López J⁽²⁾, Fornés-Pujalte B⁽²⁾, Castelló-Granel J⁽²⁾.

(1) Grupo de Investigación: integridad y cuidado de la piel. Universidad Católica de Valencia.
(2) Comité Editorial Revista Enfermería Dermatológica.

Contacto: jmrumbo@gmail.com

OBJETIVO

Conocer la producción científica en cuanto a visibilidad y productividad de la revista enfermería dermatológica a través de indicadores cientíomicos en el periodo 2007-2016.

MÉTODOS

Estudio bibliométrico, descriptivo y retrospectivo de la revista Enfermería Dermatológica (ED) editada por ANE-DIDIC. Análisis de indicadores cientíomicos a través del programa Harzing's Publish or Peris (versión 5.39)®, Google Scholar Metrics® y Dialnet. El periodo de estudio abarcó desde enero de 2007 hasta diciembre de 2016.

RESULTADOS

En los 10 años analizados se ha publicado un total 30 números (del nº 0 al nº 29), resultando 226 artículos. La Revista ED publica una media de 20 artículos/año (7 originales). En número de citaciones actual es de 84; el índice h es de 6, y el h10 de 1. La media es de 5,8 citas/año. En número medio de autores por artículo es de 3,2. La visualización mensual de la revista a través de Dialnet es de más de 30.000/mes; y la descarga de artículos de 18.000/mes. A nivel de publicación, en una década la revista ED ha publicado 8 editoriales científicas (3,6%), 51 artículos de formación dermatológica (22,6%), 59 artículos originales y/o revisiones (26%), 54 casos clínicos (24%), 6 cartas al director (2,6%) y otros 48 artículos en miscelánea (21,2%). El tema más investigado fueron los cuidados de la piel (87%); seguido de patología dermatológica (16%) y dermocosmética (7%). Han firmado los artículos más de 60 autores, de más de 25 instituciones diferentes. Está indexada en la Base de datos Cuiden®, alojada a texto completo en el repositorio Dialnet®. Permite el autoarchivo en versión post-edición (código azul); se publica cuatrimestralmente en acceso abierto (open access) y licencia creative commons BY-NC-SA 4.0.

CONCLUSIONES

La revista "Enfermería Dermatológica", publicación pionera en investigar y difundir conocimiento científico enfermero específico del área de la piel y sus anomalías; es a nivel del ranking nacional una revista consolidada y en proceso de expansión. Aun así, debe mejorar su bajo índice h publicando un número más elevado de artículos originales y/o revisiones; así como lograr colaboraciones plurinacionales. En definitiva; estos indicadores deben constituir un punto de partida para continuar el trabajo editorial, y que Enfermería Dermatológica constituya un ejemplo de calidad en la producción científica dentro de su área de conocimiento, tanto en España como a nivel internacional.

ENFERMERÍA Y EMPODERAMIENTO DE PACIENTES A TRAVÉS DE PRESCRIPCIÓN DE LINKS Y APPS DE SALUD.

Autores: Arantón-Areosa L^(1,2), Rumbo-Prieto JM^(1,2), Palomar-Llatas F⁽²⁾, Cortizas-Rey JS^(1,2).

(1)Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. A Coruña
(2)Cátedra Hartmann Integridad y Cuidado de la Piel (Universidad Católica de Valencia)

Contacto: luaranton@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La rapidez de acceso a la gran cantidad de información sanitaria que hay disponible en Web, facilita que un paciente pueda encontrar fácilmente, información sobre un problema de salud o enfermedad; esto si bien puede contribuir a capacitar al paciente, no es una acción exenta de peligros, ya que si esa información no es fiable podría inducir a cuidados o pautas inadecuadas. Como profesionales, debemos cuestionamos la validez y la fiabilidad de esa información, porque probablemente los pacientes no van a disponer de conocimientos y criterios suficientes para hacerlo.

Además, este rol activo del llamado "paciente empoderado", entraña un riesgo importante de infoxicación (exceso de información), que en lugar de ayudarle, puede confundirle más (intoxicación informativa), incrementando el riesgo de asumir conductas y tratamientos basados en información sin base científica o fraudulenta.

Facilitar que el paciente asuma este papel activo, puede ser clave en el tratamiento de muchas afecciones, sobre todo en patologías crónicas, porque suele promover hábitos saludables y una mayor adhesión al tratamiento, así como que asuman mejor la enfermedad, conozcan y entiendan mejor la necesidad de seguir las pautas clínicas y de mantener una actitud positiva que redundará en un mejor control del problema. El paciente empoderado tiene mayor capacidad para analizar, decidir y hacer.

OBJETIVOS

1. Dar a conocer los principales criterios de fiabilidad para valorar la información de está disponible en Web.
2. Dar a conocer algunos de los recursos más interesantes, para empoderar a los pacientes.
3. Promover la prescripción de Links y Apps fiables desde enfermería

METODOLOGÍA

Estudio observacional descriptivo. Búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos (PubMed, Cuiden, Embase, Cinahl y JBI Connect +), metabuscadores (google scholar) y repositorios institucionales (Dialnet, Redalyc, SciELO). Periodo de estudio 2010-2017. Palabras clave: paciente empoderado, paciente crónico, Apps de salud, (patient empowered, chronic patient, health apps). Selección y evaluación de contenidos por consenso en el grupo nominal

RESULTADOS

La procedencia, es uno de los criterios de calidad más importantes a la hora de valorar la fiabilidad y seguridad de la información de la Web. El hecho de que esté avalada por una entidad científica profesional reconocida, es un buen argumento de fiabilidad (comités científicos o filtros de revisión que apoyan su validez); por el contrario, las páginas web donde aparecen colgados apuntes, por muy atractivo que sea su formato, no ofrecen garantías de autoría, ni de revisión, por lo que su calidad y fiabilidad debería ser cuestionada.

También debe valorarse:

- Que la información sea elaborada por profesionales de reconocido prestigio, por grupos de expertos acreditados (asociaciones profesionales, organismos oficiales, revistas científicas, grupos de profesionales, centros de investigación, sociedades científicas, colegios profesionales...) o por otros profesionales independientes (debe indicar nombre, profesión y forma de contacto de los autores).
- Si se trata de revistas científicas, editoriales, asociaciones u organismos que también publican la información en formato papel (revistas, circulares...), se valorará si esa información está avalada o no, por los diversos comités científicos de cada una de ellas; si es así, tendría las mismas garantías que la publicación en papel.

Se propone la prescripción/recomendación de numerosos links y Apps; entre ellas destacaríamos:

- **Web** de ANEDIDIC, GNEAUPP, Úlceras.net, AEEVH, Salupedia, o GuiaSalud
- **Blogs:** La Factoría Cuidando, El Blog de Rosa, Dermatología y más cosas, Dermapixel. Blog de dermatología cotidiana, Enfermera de Vocación, Enferdocente, Enfermería Tecnológica, Nuestra Enfermería, FFPaciente, SdeSalud, Salud con cosas...
- **Apps:** Distintivo AppSaludable, Catálogo de Aplicaciones móviles de salud, Aplicaciones de salud del Observatorio para la Seguridad del Paciente, GuiaU-PP, Universal Doctor Speaker, Nurse Test, PrevenApp, InfomecumHeridas, Biocapax, NandaNocNic.

CONCLUSIONES

La prescripción de páginas Webs o de Apps sobre salud fiables, exige un conocimiento del medio y un análisis de contenidos y actitudes.

Los profesionales sanitarios, no solo tenemos de informar al paciente y ofrecerle educación sanitaria u otras opciones terapéuticas, sino que, sabiendo que el paciente va a ir a consultar en internet, tenemos que contribuir a que esa consulta de información sea adecuada, fiable y libre peligrosos sesgos, para que contribuya realmente a empoderar al paciente. Tenemos que dar el salto hacia profesionales 2.0 y difundir recursos útiles y fiables para nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arantón-Areosa L. Prescribir Links y Apps fiables. Empoderar a los pacientes. *Enferm Dermatol.* 2014; 8(22):44-49. Disponible en: <http://www.anedidic.com/descargas/dermared/22/prescribir-links-y-apps.pdf>
2. Fernández-Salazar S, Ramos-Morcillo AJ. Prescripción de links y de aplicaciones móviles fiables y seguras, ¿estamos preparados para este nuevo reto?. *Evidentia* 2013 abr-jun;10(42). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n42/ev4200.php>
3. Arantón-Areosa L. Criterios de fiabilidad de la información. *Enferm Dermatol.* 2008; 2(3):38-42. Disponible en: <http://anedidic.com/descargas/dermared/03/criterios-de-fiabilidad-de-la-informacion.pdf>
4. Arantón-Areosa L. Dermatología 2.0, una nueva forma de acercarse al paciente. *Enferm Dermatol.* 2015; 9(25):44-46. Disponible en: http://www.anedidic.com/descargas/dermared/25/dermared_25.pdf
5. Arantón-Areosa L. Dermatología en Blogs. *Enferm Dermatol.* 2014; 8(23):29-31. Disponible en: http://www.anedidic.com/descargas/dermared/23/dermared_23_blogs_derma.pdf

COMUNICACIONES PÓSTER DEL XIV CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA DERMATOLÓGICA

CASO PIE DIABÉTICO, PREVIO AMPUTACIÓN, CON SISTEMA DE TERAPIA DE PRESION NEGATIVA EN MODO ABIERTO.

Autoras: Cerame-Pérez S, Gómez-Jurado R, Fondo-Álvarez E, Gutiérrez-Bandera N, Sevilla-Ramírez C, Harkot O.

Centro Multidisciplinar de Úlceras Crónicas

Contacto: scerame@scerame.com

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El empleo de la terapia de presión negativa (TPN) es una opción ampliamente extendida dentro del campo de la curación de heridas. Desde su aparición en el mercado, se han ido sumando indicaciones de tratamiento de diversa índole, como podemos ver reflejado en la bibliografía existente al respecto. Promueve la curación de las heridas mediante la aplicación de presión negativa, de manera que el uso de niveles controlados de presión subatmosférica y succión controlada, acelera la resolución de las mismas favoreciendo la vascularización y el desbridamiento. Tratamos de hacer un tratamiento efectivo con la TPN en modo abierto, la cual tiene un filtro antibacteriano que evita fallos en el vacío o la oclusión por exudado muy espeso.

El objetivo es el cierre total de la úlcera de pie diabético, evitando así, la amputación del pie o pierna de la paciente

METODOLOGÍA

Limpieza de la herida con solución de Agua super Oxidada, Cloruro de Sodio (NaCl), Ácido Hipocloroso (HOCl) e Hipoclorito de Sodio (NaOCl) y fomento. Posteriormente se introduce la zona a tratar dentro de una bolsa, la cual se cierra y se insufla ozono continuo en 2 sesiones de 20 minutos.

Se protege la piel perilesional con apósito líquido en spray y film de poliuretano. Encima del hueso se coloca espuma de polivinilo, para darle humedad, seguido de espuma de poliuretano porosa. Se realiza un puente de espuma, se aplica encima el puerto de succión y el depósito de 300 ml en el dispositivo.

Se aplica presión continua al principio de 125 mmHg, con cambios cada 4 días y luego discontinúa con cambios cada 6 días.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El resultado fue la curación total y el relleno de la profundidad de la úlcera; evitando tanto el cambio constante de apósitos, como la posibilidad de infecciones por manipulación. El paciente refiere tener mayor calidad de vida al no presentar dolor, y mayor bienestar al tener que acudir solo una vez a realizar el cambio de apósito.

Actualmente su uso está ampliamente extendido como terapia adyuvante tras el desbridamiento. La aplicación de esta TPN en modo abierto está siendo fundamental en el tratamiento de heridas complejas, el pie diabético o las exposiciones óseas, debido a que acortan el tiempo de curación e impiden la aparición de infecciones.

HORMONAS SEXUALES EN LA CICATRIZACIÓN: NUEVAS OPORTUNIDADES TERAPÉUTICAS.

Autores: Martínez-Peña N, Murillo-Escutia A.

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Contacto: martinez.noe@hotmail.es

INTRODUCCIÓN

Las heridas crónicas se dan generalmente en la población anciana y su origen es multifactorial. Entre estos factores (estado nutricional, enfermedad vascular, enfermedades metabólicas crónicas, etc) se ha observado que la influencia de las hormonas sexuales tiene un gran peso a la hora de promover una correcta cicatrización y podría justificar, en parte, la dificultad de las personas ancianas para la curación de las úlceras. Distintos estudios en modelos humanos y animales demuestran que, a grandes rasgos, los andrógenos tienen un papel perjudicial en la cicatrización dado que aumentan en exceso la respuesta inflamatoria y que los estrógenos, al modular la respuesta inmune, inflamatoria y aumentar los depósitos de colágeno, promueven la cicatrización.

OBJETIVOS

Dar a conocer los aspectos más relevantes del papel de las hormonas sexuales en la cicatrización de la piel, así como aquellos fármacos que suponen tratamientos potenciales.

RESULTADOS

Elevados niveles circulantes de α -dihidrotestosterona (forma activa de la testosterona) en varones se ha relacionado con evolución tórpida de heridas. En estudios con modelos animales se ha demostrado que la castración o el bloqueo farmacológico de la testosterona con flutamida y MK-434 producen una mejora en la cicatrización.

En relación a los estrógenos, se ha observado en estudios con modelos humanos que la aplicación tópica de estrógenos, tanto en hombres como en mujeres, resultó beneficiosa en ambos sexos. En otro estudio de cohortes se demostró que la terapia hormonal sustitutiva (THS) resultó ser un factor protector en el desarrollo de úlceras venosas y úlceras por presión. Estudios con modelos animales evidenciaron que el uso de moduladores selectivos de los receptores estrogénicos (raloxifeno, tamoxifeno), diapril-propionitrilo y fitoestrógenos promovían la cicatrización de las heridas.

Respecto a la dehidroepiandrosterona (DHEA), segregada en la corteza adrenal, es capaz de sintetizar α -dihidrotestosterona y 17-estradiol en tejidos periféricos. Las personas con déficit de DHEA tienen mayor riesgo de desarrollar úlceras venosas. Estudios con modelos animales mostraron que la inyección subcutánea de DHEA mejoraba la cicatrización debido a la formación de estrógenos en la piel.

CONCLUSIONES

Los estudios revisados muestran resultados prometedores en el uso de hormonas sexuales para alcanzar una mejora en la cicatrización de la piel. Debido a la escasez de estudios realizados en humanos es necesario investigar más en este campo para mejorar el manejo de las lesiones cutáneas en población anciana.

NECROSIS DE INJERTO CUTÁNEO Y CIERRE POR SEGUNDA INTENCIÓN CON TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA. CASO CLÍNICO.

Autores: Hernández-Orta MP, Pérez-Sola MA, Librada-Sanz MP, Martínez-Torres JM, Pérez-Pelegay J, Rivera-Fuertes I.

Hospital "Reina Sofía" Tudela (Navarra)

Contacto: mp.hernandez.orta@cfnavarra.es

INTRODUCCIÓN

La extirpación de lesiones oncológicas con reparación del defecto quirúrgico mediante injertos cutáneos, es una técnica muy utilizada en cirugía dermatológica. Una de las posibles complicaciones es la necrosis del mismo.

Presentamos el caso de una señora de 85 años a la que se le realizó la extirpación de un carcinoma basocelular en la cara externa de pierna derecha con margen de seguridad y cierre con injerto de piel claviclar. Tras la pérdida del injerto por necrosis se instauraron curas con terapia de presión negativa PICO.

OBJETIVOS:

- Cierre de la herida post-quirúrgica por segunda intención o reducción de su tamaño para cierre diferido
- Control de la ansiedad y del dolor
- Bienestar del paciente

METODOLOGÍA

Retirada del injerto necrosado y limpieza de la herida, quedó úlcera-postquirúrgica de unos 4.5x5 centímetros con bordes inflamados y lecho sangrante. La paciente toma antibióticos y analgesia.

Se explica a la paciente y acompañante el proceso a seguir. Se aplica terapia de presión negativa mediante PICO y se indican cuidados. Realizamos atención y seguimiento coordinado en consultas de Enfermería de dermatología y cirugía,

RESULTADOS

Se consiguió el cierre completo de la herida quirúrgica con terapia de vacío evitando un nuevo acto quirúrgico. Logramos la cura y la satisfacción de la paciente,

La atención coordinada y multidisciplinar de dermatólogos y de la enfermería de dermatología y cirugía hizo posible reducir el tiempo de cicatrización y los costos hospitalarios.

CONCLUSIONES

La terapia de presión negativa es una alternativa para acelerar el cierre de heridas por segunda intención. Asimismo sirve para reducir el tamaño de lesión, mejorar el lecho y posteriormente realizar cierres diferidos.

También, su aplicación inmediata tras la realización de injertos de piel, (en pacientes mayores o zonas de riesgo como las piernas) favorece la perfusión y oxigenación tisular, drena fluidos, mejorando la adherencia al lecho receptor de la zona donante y evita en muchos casos su pérdida

El sistema de terapia de vacío PICO puede ser gestionado por enfermería en el hospital y en la asistencia a domicilio, favoreciendo el confort del paciente y evitando en ocasiones otras terapias más agresivas como fue nuestro caso.

CASO CLÍNICO: DEHISCENCIA COMPLETA DE HERIDA QUIRÚRGICA TRAS CESÁREA.

Autores: Anduig-Viñarta MT, Pingarrón-Montes MT, Sendra-Marco JC, Merino-Vidal S, Ferrer-Salort S, Puchol-Devesa MJ.

Valencia

Contacto: mayteanduigvinarta@yahoo.es

OBJETIVO / CASO CLÍNICO

Mujer de 25 años, con obesidad mórbida, fumadora habitual de 15 cigarrillos al día y antecedente de TEP con toma de anticonceptivos, a la que se le practica una cesárea segmentaria transversa con anestesia general tras fracaso de inducción por RPM menor de 12 horas..

VALORACIÓN DE LA LESIÓN

1. Cesárea segmentaria transversa por fracaso de inducción tras Rotura de bolsa
2. (10/01/17).
3. Formación seroma+ celulitis en borde superior herida a los 5 días postparto, se remite a hospital donde se decide abrir completamente la cicatriz, limpiar y dar tratamiento antibiótico.
4. Se restaura quirúrgicamente la herida en quirófano al quinto día del ingreso.
5. A los cinco días del alta hospitalaria vuelve a presentar abundante seroma.
6. Se realizan curas diarias con suero fisiológico a presión, mas apósito de fibra en mecha.

7. Cultivos bacteriológicos de la herida:
 - 09/02/17: Pseudomonas aeruginosa.
 - 02/03/17: Enterococcus faecalis
8. Tras observar que la herida se cerraba a pesar de seguir drenando gran cantidad de seroma cada día, se decide ampliar la abertura de la dehiscencia de la herida en la unidad de cirugía menor del CSI de Oliva (17/03/2017).

Después de todo este proceso, nos encontramos con la herida en éste estado: Dehiscencia amplia con evidencia de disrupción de la herida quirúrgica, visualización de Tejido celular subcutáneo, bordes no aproximados y abundante exudado seroso

- Tamaño: 12 x 8 cm
- Piel perilesional: macerada
- T: tejido esfacelado
- I: signos de infección.
- M: Exudado abundante
- E: Piel perilesional macerada

MATERIAL Y METODO

9. Tras reingreso y apertura de herida en quirófano se comienza con curas diarias de la herida: limpieza con SF a presión y colocación de Apósito de fibra en mecha más apósito secundario.
10. A partir de la segunda intervención en el servicio de cirugía del centro de salud, se continúa con curas diarias de igual manera (17/03/17)
11. Vista la lenta evolución de la herida y ante el riesgo de infección se inicia la utilización de povidona yodada en gel en el interior de la herida, continuando con Apósito de fibra para mechar la herida y apósito de espuma secundario. también curas diarias.
12. A los 20 días de seguir con esta pauta de curas, se decide probar con un nuevo tratamiento aplicando una malla antimicrobiana (Cutimed® Sorbact®), cubriendo con apósito secundario .Curas cada 48 -72h.
13. Se mantiene hasta el alta Povidona yodada + Cutimed Sorbact + apósito secundario, para pasar a Cutimed Sorbact + apósito.

RESULTADOS

El uso de Cutimed Sorbact ayudo no solo a prevenir el riesgo de infección, sino también a mejorar su calidad de vida, ya que podía acudir a curarse cada 48 – 72 horas.

Pasado un mes del inicio de la utilización de Cutimed Sorbact la herida cicatrizó completamente. El proceso duró un total de 4 meses.

AUTOCUIDADOS DIARIOS EN LA ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA. UNA IMAGEN VALE MÁS QUE MIL PALABRAS.

Autores: Rodríguez-Robisco P, Blázquez-Domínguez MD, Bello-Bello V, Lago-Varela F, Pazos-Vilar P.

Centro de Atención Primaria. Zas (A Coruña)

Contacto: pilar.rodriguez.robisco@sergas.es

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Arterial Periférica (EAP) se caracteriza por un estrechamiento y endurecimiento de las arterias que conlleva una disminución de flujo sanguíneo, siendo la arterioesclerosis su causa fundamental; las extremidades inferiores son las zonas del cuerpo que se suelen ver afectadas con más frecuencia. En su grado más avanzado, la EAP se manifiesta con afectación cutánea sobre todo en zonas distales. La prevalencia de úlcera de etiología isquémica se estima entre 0,2 - 2%, con una incidencia de 220 casos nuevos/millón de habitantes y año. Las personas que tengan dificultad para comprender las recomendaciones sanitarias (pacientes con limitación idiomática, dificultad para leer o de comprensión lectora), están más expuestos al riesgo de padecerla; en estos casos, las imágenes son un medio idóneo para informar sobre prevención de manera clara y directa. La comunicación exclusivamente visual facilita que el mensaje a transmitir llegue a un gran número de personas, pudiendo ser entendido incluso por pacientes con las limitaciones anteriormente mencionadas.

OBJETIVOS

Principal:

- Disminuir la incidencia de aparición de úlceras en población con EAP.

Secundarios:

- Dar a conocer a toda la población con EAP los autocuidados diarios necesarios para evitar su progresión.
- Incentivar a la población que padece EAP a realizar los autocuidados, ayudándolos a comprender la relevancia de los mismos.

METODOLOGÍA

Tras realizar una revisión de guías de práctica clínica y documentos de consenso, hemos recopilado y agrupado las diferentes recomendaciones orientadas a evitar la progresión de EAP trasladándolas a un formato gráfico.

RESULTADOS

El póster se presentará como novedad en este evento científico, antes de proceder a su difusión tanto a los profesionales como a la población afectada.

CONCLUSIÓN

Un póster explicativo carente de texto, con imágenes fácilmente identificables e intuitivas que describen las medidas de prevención, puede ser una herramienta útil para el profesional de enfermería que ha de realizar educación sanitaria sobre autocuidados en el paciente que sufre EAP.

BIBLIOGRAFÍA

1. Documento de consenso C.O.N.U.E.I. 2009
2. Guía de práctica clínica de la ESC sobre diagnóstico y tratamiento de las enfermedades arteriales periféricas. Rev Esp Cardiol. 2012; 65(2):172.e1-e57
3. Suárez C, Lozano FS, coordinadores, Bellmunt S, Camafort M, Díaz S, Mancera J, Carrasco E, Lobos JM. Documento de consenso multidisciplinar en torno a la enfermedad arterial periférica. 1.ª ed. Madrid: Luzán 5, S.A.; 2012
4. Gerhard-Herman MD, et al. 2016 AHA/ACC Lower Extremity PAD Guideline: Executive Summary
5. Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético de la Asociación Española de Enfermería Vasculat y Heridas. 3ª Edición. 2017

COMPLICACIONES DE LA TERAPIA DE PRESION NEGATIVA.

Autores: Portillo-Gañán MJ, Suárez-García R, Conde-Torres R, López-Galán A, Plaza-Veliz M, Olmeda-Arcos E.

Área Básica de Salud (ABS) Jacinto Verdaguer. Hospitalet de Llobregat. Instituto Catalán de Salud (ICS).

Contacto: mariajo2008@yahoo.es

INTRODUCCIÓN

La Terapia de Presión Negativa (TPN) es una terapia que favorece la resolución de las lesiones complicadas y/o de larga evolución, no obstante esto hay que tener en cuenta que este tipo de sistemas pueden presentar complicaciones secundarias que precisan una detección precoz de las mismas.

OBJETIVOS

Prevenir posibles complicaciones derivadas del uso de la TPN.

METODOLOGÍA

Paciente de 82 años presenta úlcera venosa crónica de 7 años de evolución debido al estancamiento de la lesión se decide inicio con TPN para favorecer la granulación y acelerar el proceso. Al inicio de la terapia la úlcera presentaba lecho granulado, sin signos de infección y con un exudado moderado.

RESULTADOS

Día 1: Inicio TPN

Día 3: La paciente acude a realizar el primer cambio del apósito y presenta eritema en zona pre-tibial secundario a la sonda del dispositivo; Se realiza nuevamente la cura con TPN recubriendo la sonda

Día 7: La paciente acude a realizar nuevo cambio de apósito y se observa una lesión de 2x2 cm, con pérdida de la integridad cutánea y sin signos de infección en zona pre-tibial como consecuencia de la sonda. A pesar de esta complicación se decide continuar con el tratamiento dada la favorable evolución de la úlcera inicial y se coloca la sonda de la TPN en la parte exterior del vendaje de compresión, evitando así zonas de presión.

Día 10: La paciente acude para nuevo cambio de TPN, la úlcera previa presenta una correcta evolución, pero la

nueva lesión secundaria a la sonda del dispositivo presenta lecho esfacelado y el mismo tamaño.

Día 14: La paciente acude a último día de TPN. La úlcera venosa al inicio de la terapia medía 3,6x4, 1 cm y tras finalizarla se consigue la reducción hasta 3x3, 4 cm.

CONCLUSIONES

La TPN es una terapia eficaz para la resolución de úlceras, no obstante debemos tener en cuenta la importancia de prevenir las posibles complicaciones que puedan derivar tanto de la técnica como del dispositivo. En el caso descrito la fragilidad de la piel de la paciente ha sido un hándicap para la aparición de nuevas lesiones.

ABORDAJE DE UNA ÚLCERA VENOSA EN PACIENTE CON ALZHEIMER.

Autoras: Portillo-Gañán MJ, Humanes-Arrabal A, Aspas-Cutanda MC, Olmeda-Arcos E, Plaza-Veliz M, Marqués-Vega M.

Área Básica de Salud (ABS) Jacinto Verdaguer. Hospitalet de Llobregat. Instituto Catalán de Salud (ICS).

Contacto: mariajo2008@yahoo.es

INTRODUCCIÓN

La presencia de tejido necrótico y/o esfacelar en el lecho de las lesiones junto con abundante exudado, no solo representan un obstáculo mecánico que impide el proceso de cicatrización sino que además, genera unas condiciones idóneas en el lecho para la proliferación bacteriana que pueden acabar llevando a la aparición de un proceso de colonización o infección de las heridas.

OBJETIVOS

Conseguir la resolución de la úlcera con la máxima eficacia y efectividad manteniendo la integridad cutánea para evitar la aparición de nuevas úlceras, preservando en todo momento el confort del paciente.

METODOLOGIA

En este caso clínico, se presenta una paciente de 87 años con los siguientes antecedentes de interés: insuficiencia cardíaca, arritmia cardíaca por fibrilación auricular, insuficiencia venosa, demencia, estenosis grave en bifurcación femoral y oclusión poplítea. Valor Índice Tobillo-Brazo (ITB) en el lado derecho de 1,6 y en el izquierdo 0,9.

RESULTADOS

El tratamiento con fibras poliabsorbentes con plata durante el periodo de seis semanas (del 3/03/2017 al 19/04/2017) permite una buena evolución de las heridas que continuarán tratándose con fibras poliabsorbentes sin plata hasta su completa reepitelización a los tres meses.

CONCLUSIONES

Las fibras poliabsorbentes de plata utilizadas en el tratamiento de heridas crónicas destruyen el tejido desnaturalizado por lo que permiten una correcta y completa cicatrización de las úlceras.

LA TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA ABRE UNA NUEVA VENTANA EN LAS CURAS EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Autoras: Portillo-Gañan MJ, Humanes-Arrabal A, Marques-Vega M, Plaza-Veliz M, Aspas-Cutanda MC, Suárez-García R.

Área Básica de Salud (ABS) Jacinto Verdaguer. Hospitalet de Llobregat. Instituto Catalán de Salud (ICS).

Contacto: mariajo2008@yahoo.es

INTRODUCCIÓN

Caso clínico de una paciente de 82 años pluripatológica intervenida de prótesis de cadera que presenta como complicación la pérdida de sensibilidad y la desviación lateral del talón (pie valgo), secundario a la disección del nervio ciático. La paciente precisó inmovilización con férula rígida correctora de la posición y como consecuencia la aparición de una úlcera por presión e zona talar grado IV.

OBJETIVOS

Cicatrización total de la lesión y mejora de la calidad de vida de la paciente.

METODOLOGÍA

En junio del 2015 se inicia desbridamiento mecánico combinado con curas en ambiente húmedo con diferentes tipos de apósitos adaptándolos a la fase de la lesión. Tras las diferentes curas la úlcera por presión evolucionó favorablemente en su fase inicial de grado IV a grado III, pero posteriormente presentó una ralentización en la resolución que precisó buscar nuevas estrategias de tratamiento. Dadas las características de la lesión y su evolución tórpida se decide iniciar tratamiento con Terapia de Presión Negativa (TPN) ambulatoria, la cual permite favorecer la granulación, controlar el exudado y posteriormente una epitelización de la misma.

RESULTADOS

Día 1: Se inicia cura con TPN. Presenta dimensiones 1,5 x 1,7 cm, profundidad 5mm y volumen: 0,6cc. Presenta exudado seroso, maceración de zona perilesional y lecho granulado.

Día 3: Se realiza primer cambio. Presenta dimensiones 1,3 x 1,5 cm un y volumen 0,4cc.

Día 6: Exudado moderado. Piel perilesional conservada. Volumen 0,3 cc.

Día 12: Se realiza cambio de apósito y se observa reducción de la lesión con un tamaño 0,9 cm x 0,9 cm y volumen 0,2 cc.

Día 16: Se retira dispositivo de TPN con los resultados de tamaño 0,7cm x 0,6 cm y volumen 0,2 cc. Se deja la lesión preparada para iniciar cura con apósito bioactivo de alginato para finalizar epitelización.

CONCLUSIONES

El acceso de forma ambulatoria a la TPN para la resolución de úlceras cavitadas y de larga evolución permite una aceleración del crecimiento del tejido de granulación, un buen control del exudado evitando así la maceración de la zona

perilesional y reduce el riesgo de infección. Por tanto, la TPN ambulatoria puede considerarse una buena opción en el abordaje de las curas en atención primaria.

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS COSTES ENTRE LA TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA Y LA CURA HUMEDA CONVENCIONAL.

Autores: Portillo-Gañan MJ, Conde-Torres R, Marques-Vega M, Humanes-Arrabal A, Plaza-Veliz M, López-Galán A.

Área Básica de Salud (ABS) Jacinto Verdaguer. Hospitalet de Llobregat. Instituto Catalán de Salud (ICS).

Contacto: mariajo2008@yahoo.es

INTRODUCCIÓN

La atención a personas con heridas complejas que evolucionan a la cronicidad supone una inversión de recursos sanitarios tanto materiales como humanos que conlleva un incremento de los costes en Atención Primaria. A continuación se presenta el análisis de los costes en un caso real de un paciente al que se le realizaron en un inicio curas en ambiente húmedo y más adelante se modificaron a curas con Terapia de Presión Negativa (TPN).

OBJETIVO

Evidenciar el coste-eficiencia de la TPN en contraposición con la Terapia Convencional de Cura Húmeda (TCH).

MÉTODO

El estudio de costes se realiza a partir del cálculo de los valores, tanto materiales como personales, desde el inicio de las curas en ambiente húmedo, durante un año y realizando curas cada 12 horas, en comparación con los valores obtenidos desde el inicio de la cura con TPN realizada durante 24 días.

RESULTADOS

Los cálculos realizados evidencian una reducción significativa de costes tanto materiales como humanos, donde el ahorro alcanza el 67%.

Cálculo material TPN	Cálculo material TCH
4 packs x 8curas = 480,00 €	Apósitos/gasas/hidrocoloides = 1.022,40 €
Ahorro económico: 1.022,40 - 480,00 = 544,40 €	
Cálculo del tiempo empleado con TPN	Cálculo del tiempo empleado con TCH
25' consulta x 8 curas = 160 minutos	(365 días x 2 curas diarias) x 20' consulta = 10.800 minutos
Ahorro de tiempo: 10.800 - 160 = 10.640 minutos (177,33 h)	

CONCLUSIONES

El cálculo de este coste sanitario debería contribuir a consolidar el uso, previo estudio del caso, de la TPN en Atención Primaria.

Los resultados obtenidos apoyan la eficiencia y la seguridad de la TPN aunque actualmente no hay base científica que avale tal evidencia ya que los ensayos clínicos existentes presentan limitaciones en el tamaño muestral y metodológicas.

EVALUACIÓN CLÍNICA DEL MANEJO TERAPÉUTICO DE BARRERA CUTÁNEA PROTECTORA FRENTE A FACTORES EXTERNOS Y LA IRRITACIÓN CAUSADA POR FLUIDOS CORPORALES, EN PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS, PEDIÁTRICOS Y NEONATOS.

Autores: Puentes-Sánchez J, Pardo-González CM, Negre-Gubern I.

Consulta de heridas crónicas. Hospital Torrecárdenas. Almería.
BSN Medical, Barcelona.

Contacto: isabel.negre@bsnmedical.com

INTRODUCCIÓN

La integridad física de la piel y la correcta funcionalidad de los tejidos que la integran garantizarán que la protección que ejerce este órgano sea realmente efectiva. Existe una serie de situaciones y alteraciones dermatológicas que implican una cierta disfunción en la capacidad barrera de la piel. En estos casos debe actuarse sobre este punto y aportar una serie de medidas que refuercen o restauren esta función protectora deficitaria

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia de Cutimed Protect en la protección de la piel en varias indicaciones.

Cuidado de la piel en incontinencia Urinaria y fecal, de la piel sana periférica de la irritación que provoca el jugo gástrico en gastrostomías, piel sana de la zona perilesional en heridas y estomas.

Protección de la piel debajo de esparadrapos y/o apósitos, de la fijación de las estructuras de las vías periféricas y vías centrales, dermatitis.

Valorar la Facilidad de aplicación y la seguridad en la utilización

MATERIAL Y MÉTODO

Evaluación clínica no aleatoria de la efectividad de Disiloxano, copolímero acrílico. Cutimed Protect Spray y Cutimed Protect Crema.

65 pacientes: 38 Adultos (Media de edad 56 años), 27 Niños (Desde 3 días hasta 14 años). Duración de la evaluación : 1 mes

Se procede a realizar un estudio durante el primer semestre del 2017 con un enfoque cuantitativo, mediante un estudio descriptivo. Los pacientes tanto adultos como pediátricos eran captados por los mandos intermedios responsables de las áreas de hospitalización (Medicina Interna, Oncología Adultos, Oncología pediátrica, Neonatología, UCI-Adultos y UCI-Pediátrica) y derivados al enfermero consultor de heridas crónicas del complejo Hospitalario Torrecárdenas.

RESULTADOS

La efectividad del producto ha sido manifiesta en los 65 pacientes del estudio.

A ninguno de los 38 adultos y 27 niños se ha observado en la zona aplicada ninguna molestia (prurito, escozor, dolor, eritema, sequedad, edema, maceración, descamación.. entre ellos 11 adultos y 3 niños estaban en tratamiento con quimioterapia durante la evaluación.

A todos los pacientes se les hizo un seguimiento repartido, en el turno siguiente a la aplicación, a las 12h, a las 24h, a las 48h, a la semana a las 2 semanas y a las 4 semanas.

CONCLUSIÓN

Cutimed Protect Spray y Cutimed Protect crema son una protección eficaz de la piel en todas las indicaciones testadas, además representan una medida completamente segura para los pacientes.

En ninguno de los casos Cutimed Protect presentó un efecto adverso.

EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE CUTIMED PROTECT COMO BARRERA PROTECTORA EN NEONATOS, PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS Y PACIENTES PEDIÁTRICOS.

Autoras: Pérez-Acevedo G, Negre-Gubern I.

Hospital San Joan de Deu, Barcelona
BSN Medical.

Contacto: isabel.negre@bsnmedical.com

OBJETIVO

Valorar la eficacia y seguridad de Cutimed Protect en pacientes pediátricos y neonatos.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza una evaluación en trece pacientes que presentan diferentes patologías según la siguiente distribución:

Nº Pacientes 13	Neonatos 7 Pediátricos 6
Edad	Entre 15 días-16 años
Localización	Varias localizaciones
Pacientes inmunodeprimidos	10
Patología	Diversas patologías
Aplicación	C/24h-4 días
Duración evaluación	15-30 días

Se presenta el caso de un paciente de 3 meses de edad con fracaso intestinal y síndrome de intestino corto secundario a gastrosquisis que después de cirugía para cierre de ostomía realiza dehiscencia de la herida quirúrgica.

Localmente la herida presenta abundante exudado seropurulento con eritema perilesional, por este motivo iniciamos tratamiento con Cutimed Protect con el objetivo de eliminar el eritema y proteger la piel perilesional.

El 16-06-2017 se limpia la herida, se realiza cultivo, se inicia tratamiento de la dehiscencia con terapia de presión negativa previa protección cutánea mediante Cutimed Protect. A los 17 días la herida está totalmente epitelizada.

RESULTADOS

En todos los casos se ha reducido y/o desaparecido el eritema, la protección de la piel perilesional es excelente, contribuyendo a la cicatrización además no se ha producido ningún efecto adverso.

Manejabilidad	Fácil de usar y aplicar
Efectos adversos	Ninguno
Efecto barrera	Protección total
Piel perilesional	Reducción del eritema Protección de la piel Protege de la maceración

La valoración global de Cutimed Protect ha sido excelente en todos los aspectos, en un caso la facilidad de uso se ha descrito cómo aceptable, en ningún caso se ha producido un efecto adverso.

Valoración Global	Excelente/Bueno
Facilidad de uso	85%
Protección de la piel frente al traumatismo adhesivo	100%
Reduce el enrojecimiento e irritación de la piel	100%
Contribuye a la adherencia de apósitos y catéteres	100%
Previene o reduce la maceración de la piel	100%
Protege la piel alrededor de tubos y catéteres	100%
Reduce el eritema perilesional	100%
Reduce/Previene la dermatitis del pañal	100%
Protege/Barrera frente a la humedad	100%
Libre de dolor durante la aplicación /retirada	100%
Efectos adversos	0%

CONCLUSIONES

Cutimed Protect ha resultado ser una medida terapéutica segura y efectiva, en la protección de la piel integra en neonatos, pacientes pediátricos e inmunodeprimidos contribuyendo a la cicatrización de las lesiones, protege de la piel frente al traumatismo adhesivo, Reduce el enrojecimiento e irritación de la piel, previene y reduce la maceración, reduce el eritema perilesional y actúa de barrera frente a la humedad.

EVALUACIÓN CLÍNICA DE UN NUEVO APÓSITO DE CAPTACIÓN BACTERIANA.

Autoras: Merino-Vidal S, Pingarrón-Montes MT, Ferrer-Salort S, Puchol-Devesa MJ, Sendra-Marco JC, Anduig-Viñarta MT.

Centro de salud de oliva (Valencia)

Contacto: isabel.negre@bsnmedical.com

OBJETIVO / CASO CLÍNICO

Paciente de 77 años con deterioro cognitivo desde hace 9 años, diagnosticado de Alzheimer que presenta una UPP en talón derecho. Hipertenso y con dislipemia.

Dependiente para ABVD, imposibilidad para andar. Pasa la mayor parte del tiempo sentado en una silla de ruedas donde el paciente tiende a apoyar los talones en los pies de dicha silla y por tanto ejerciendo un presión constante en los talones.

VALORACION DE LA LESIÓN

UPP (Es una lesión tisular que aparece en cualquier parte del cuerpo como consecuencia de disminución de oxígeno y nutrientes producida por una presión y una fricción prolongada) en Estadio III: Escara necrótica en talón derecho.

- Tamaño 7*4cm
- Exudado escaso, desequilibrio de la humedad.
- Piel perilesional macerada
- Mal olor, signos de infección

Al retirar la escara mediante desbridamiento cortante, presenta tejido desvitalizado y esfacelado:

T: tejido esfacelado y desvitalizado

I: Signos de infección + mal olor (se recoge muestra cultivo herida y tras resultado se inicia ATB oral)

M: Exudado escaso, desequilibrio de la humedad.

E: piel perilesional macerada

MATERIAL Y MÉTODO

- Curas c/24 h, fomento con solución polihexanida más colagenasa más hidrogel para realizar desbridamiento enzimático. En algunas curas se realiza desbridamiento cortante para ayudar a eliminar tejido esfacelado. Y se protege la cura con talonera.

- Cultivo positivo para Escherichia coli y Enterobacter. ATB oral (ciprofloxacino+amoxicilina) durante 10 días (por orden MAP)

- Pasados 14 días se observa tejido de granulación en bordes y disminución de esfacelos en lecho de la herida. Se inicia tratamiento con malla antimicrobiana (Cutimed® Sorbact®) para tratar la infección local + hidrogel para promover la cura en ambiente húmedo y favorecer su actuación. Se protegen bordes de la herida (piel perilesional) con crema barrera protectora. Las curas se realizan c/48h.

RESULTADOS

Pasados 60 días la herida disminuye de tamaño y prácticamente está cicatrizada.

Proporciona calidad de vida al paciente y disminución del dolor

CONCLUSIONES

El uso de un producto único e inocuo, como Cutimed® Sorbact®, para prevenir y tratar la infección ha resultado ser muy útil en la curación y cicatrización de las heridas de talón, disminuyendo el tiempo y los efectos secundarios

TECNOLOGÍA SORBACT Y TERAPIA DE COMPRESIÓN EN EL TRATAMIENTO DE ÚLCERA DE ORIGEN VASCULAR.

Autoras: Ferrer-Salort S, Puchol-Devesa MJ, Merino-Vidal S, Pingarrón-Montes MT, Blay-Mengual L, Anduig-Viñarta MT.

Centro de salud de oliva (Valencia)

Contacto: isabel.negre@bsnmedical.com

OBJETIVO

Evaluar la eficacia de la tecnología Sorbact en el tratamiento de heridas de origen vascular con elevada carga bacteriana

ANTECEDENTES

Paciente que procede de centro socio-sanitario remitido de la óptica por que presenta Dolor ocular derecho, opresión, inyección ciliar y lagrimeo.

Presenta Alergia a penicilina. No HTA, No DM, no dislipemia. Gota, HFT. Tratamiento con Alopurinol 300 mg/30 comprimidos. Inicio 3/02/2017

MATERIAL y METODO

Paciente de 68 años (Con antecedentes de gota, no presenta HTA, no Diabetes, paciente que deambula y hace vida completamente normal) presenta úlcera de origen vascular en miembro inferior curado los primeros 6 meses con otros productos y tras seis meses de tratamiento las lesiones no evolucionan adecuadamente, se decide un cambio de tratamiento, el lecho de la herida presenta fibrina y elevada carga bacteriana.

El 27/06 se inician curas con Cutimed® Sorbact® apósitos impregnados con DACC antimicrobiano que funciona mediante un método físico de atracción bacteriana que reduce la carga bacteriana en cada cambio de apósito + hidrogel que aporta humedad y promueve el desbridamiento + vendaje especial compresivo bi-capa

Los apósitos Cutimed® Sorbact® combinan características únicas en su superficie para unir y eliminar bacterias y hongos de la herida.

Los microorganismos se unen irreversiblemente a su superficie y son eliminados en cada cambio de apósito. La carga bacteriana en heridas contaminadas y colonizadas se reduce en un elevado porcentaje.

RESULTADOS

Las heridas mejoraron notablemente, hasta que se le dio de alta el 11/09/17 fecha de la última foto.

CONCLUSIÓN

Cutimed® Sorbact® Atrapa y elimina microorganismos de la herida gracias a su superficie modificada, ha resultado ser una medida terapéutica eficaz en el tratamiento de lesiones de origen vascular.

BIBLIOGRAFÍA

Stanirowski et al., "Randomized controlled trial evaluating dialkylcarbamoyl chloride impregnated dressings for the prevention of surgical site infections in adult women undergoing caesarean section", 2016

VERSATILIDAD DE UN APÓSITO ANTIMICROBIANO IMPREGNADO EN CLORURO DE DIALQUIL-CARBAMILO EN HERIDAS DE DIFÍCIL CICATRIZACIÓN.

Autores: Pérez-Paredes A, Álvarez-Ordiales A, García-Molina P, Balaguer-López E.

Hospital Clínico Universitario de Valencia

Contacto: alpe1591@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Un elevado porcentaje de úlceras de difícil cicatrización atraviesan durante su evolución periodos de desequilibrio de la carga bacteriana que es preciso manejar para avanzar hacia la curación. Los clínicos disponen de un amplio abanico de productos antimicrobianos de uso local para el control de la carga bacteriana, basados generalmente en componentes como la plata o el yodo. Más recientemente se ha incorporado a la batería de materiales en el mercado una nueva herramienta en el manejo de la carga bacteriana basada en el uso de un derivado del ácido grasoso Cloruro de Dialquil-carbamilo (DACC).

OBJETIVO

Mostrar la versatilidad de un apósito impregnado en DACC en el tratamiento de lesiones cutáneas y tisulares de diferente etiología y localización.

MATERIAL Y MÉTODO

Se han recopilado documentos gráficos de elaboración propia que ilustran la versatilidad de este tipo de apósitos en diferentes tipos de lesiones con pérdida de la integridad cutánea en una unidad especializada en el manejo de lesiones cutáneas de difícil cicatrización.

CONCLUSIONES

Los apósitos impregnados en DACC poseen una capacidad antimicrobiana demostrada, y ofrecen una serie de ventajas para un manejo óptimo de la carga bacteriana en heridas de diferentes etiologías con desequilibrio de la carga bacteriana o en alto riesgo del mismo.

USO DE PLASMA RICO EN PLAQUETAS EN ÚLCERAS CRÓNICAS.

Autores: Gálvez-Diéz N, Fabra-García I, Santos-Barquita M, Arnandis-Muñoz A.

Servicio de Dermatología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia.

Contacto: aam.uv@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El plasma rico en plaquetas (PRP) es la fracción de plasma derivado de la sangre autóloga, que después de ser procesada, presenta una concentración de plaquetas que es mayor a la basal. Se ha utilizado como terapia adyuvante en el tratamiento de úlceras crónicas. Tiene propiedades como medio sellante y excipiente, con un potente efecto antiinflamatorio, estimula la cicatrización y en algunos

trabajos ha demostrado poseer actividad antimicrobiana contra ciertos microorganismos. Presentamos el caso de una úlcera crónica externa abdominal que presentó una excelente respuesta a dicho tratamiento tras la aplicación de únicamente seis sesiones.

MÉTODOS

Mujer de 86 años, como antecedentes personales destaca una fibrilación auricular, cardiopatía isquémica y dislipemia en tratamiento. Presenta una úlcera externa abdominal, no infectada, de 17 años de evolución secundaria a una herniación tras cirugía abdominal por apendicectomía complicada con peritonitis. Había mantenido durante varios años múltiples curas húmedas convencionales utilizando lavados con suero fisiológico, corticoides tópicos, inhibidores de la calcineurina, apósitos con impregnación argéntica e hidrocelulares con adhesivos de silicona con mejoría parcial sin llegar a curar la úlcera. Ante la evolución tórpida, se decidió iniciar el uso de PRP.

RESULTADOS

Tras la administración de PRP cada 2 semanas durante un total de 6 sesiones se consiguió la curación total, sin recidivas posteriores en sucesivos controles en la unidad especializada en úlceras de nuestro hospital.

CONCLUSIONES

Aunque la mayoría de las úlceras cicatrizan con una cura húmeda, un 20% no lo hacen, constituyendo un grupo de úlceras difíciles de curar (Hard to Heal) siendo importante para su manejo un enfoque multidisciplinar, de forma ideal en unidades de úlceras, con la colaboración de enfermería y especialistas médicos. En muchas ocasiones acaban siendo necesarias terapias avanzadas entre las que destaca en los últimos años el desarrollo del PRFC. Se trata de una terapia no exenta de costes pero que empleada de forma adecuada, como en nuestro caso, acelera la curación de casos que consumen muchos recursos sanitarios, tanto apósitos como tiempo del personal sanitario y alteran la calidad de vida de los pacientes.

En nuestro caso el empleo del PRP fue decisivo para la curación de una úlcera de 17 años de evolución, por lo que animamos al personal especializado a tener en cuenta esta técnica avanzada en sus úlceras Hard to Heal.

INFORMACIÓN PARA PACIENTES CON ESCABIOSIS.

Autores: Sierra-Talamantes C, Zaragoza-Ninet V, Zamora-Ortiz J, Peris-Caballero JE, Diez-Fornes P, Palomar-Llatas F.

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Contacto: malacu@ono.com

INTRODUCCIÓN

La escabiosis es una enfermedad de la piel causada por un ácaro, llamado *Sarcoptes Scabiei*, que penetra debajo de la piel, cava túneles y deposita sus huevos y mueren. Sus larvas pueden salir al exterior a través de los túneles y contagiar la misma piel del individuo o de otra persona. El

principal medio de contagio es el directo con una persona infectada aunque el ácaro puede sobrevivir hasta 3 días en tejidos (sofás, vestidos etc.).

El síntoma principal es el prurito o picazón, que comienza a las 2 -3 semanas tras la infestación y suele ser más intenso durante la noche.

OBJETIVO

Facilitar de forma sencilla, mediante un folleto informativo, los pasos a seguir para su tratamiento, para erradicar el acaro del entorno y para prevenir el contagio.

MÉTODO

Para la elaboración del folleto nos apoyamos en la revisión bibliográfica y en la experiencia profesional en el tratamiento de la enfermedad, reforzando los aspectos que más habitualmente conducen al fracaso del tratamiento.

RESULTADOS

Se elaboró un folleto con 4 apartados:

- Información de la enfermedad
- Transmisión de la enfermedad
- Sintomatología de la enfermedad
- Tratamiento y prevención de la enfermedad:
 - Medidas para eliminar el ácaro de la piel
 - Medidas para eliminar el ácaro del entorno
 - Seguimiento de la enfermedad tras la realización del tratamiento

CONCLUSIONES

Los folletos informativos son una buena herramienta para reforzar la adherencia y la correcta aplicación del tratamiento y colaborar en la prevención de la transmisión de la enfermedad

TERAPIA CON LAMINAS DE SILICONA EN CICATRICES.

Autores: Palomar-Llatas F, Sierra-Talamantes C, B Fornes-Pujalte, Castellano-Rioja E, Diez-Fornes P, Bonías-López J, Peris-Caballero JE.

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Contacto: federicop43@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Tras el cierre de una herida bien quirúrgica (agudas) e incluso crónica, se constituye una cicatriz formada por un tejido fibroso y falta de elasticidad, por falta de hidratación de este tejido neoformado. Al ocluir esta zona con láminas de silicona, producto hidrofóbico hace posible la no transpirabilidad del agua de la dermis al exterior y mantener con ello una piel más elástica e hidratada consiguiendo con ello una piel más estética.

OBJETIVOS

Establecer las recomendaciones más eficaces para el tratamiento tópico de las cicatrices agudas. Establecer las recomendaciones más eficaces para el tratamiento tópico

de las cicatrices neoformadas (queloides). Conseguir una mayor elasticidad y estética de la piel con cicatrices

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo observacional prospectivo en la consulta de heridas F. Palomar y la colaboración de la Cátedra Integridad y Cuidado de la Piel (Universidad Católica de Valencia "San Vicente Mártir"), con un total de 25 pacientes con cicatrices.

El estudio está basado en la aplicación sobre la cicatriz de una lámina de silicona. Los ítems a valorar son: Edad, Sexo, Intervención, Tiempo desde la intervención (en días), Medición humedad transcutánea pre y post, Iconografía, Medidas, Eritema, Inflamación, Prurito, Eczematización, Dolor a la retirada, Confortabilidad al paciente

RESULTADOS

De los 25 pacientes a estudio el 64% corresponde a mujeres (16) y el 36% a hombres (9), los pacientes presentan una edad media de 38'8 años.

La etiología de las cicatrices han sido: 12% en colgajos cutáneos, extirpación de quistes cutáneos un 28%, irugia lumbar un 4%, cirugía externa el 8%, cirugía de rodilla un 12%, maxilar un 4%, mama, 4%, hernias 8%, lipectomía 8%, extirpación de carcinomas basocelular un 8% y cirugía de tiroides un 4%. Los signos que presentaban y variables a estudio previo al tratamiento con láminas de silicona fue: Vesículas pericicatriz un 6%, signos de inflamación 12%, eritema un 13%, prurito un 25%, dolor un 44% y ningún caso presentó ecematización perilesional.

La media de tratamiento de las cicatrices portadoras de láminas de silicona fue de 47'8 días con una reducción en el 25% de prurito del 50%, al igual que en el 12% de inflamación se redujo al 50% de los casos, no presentando el resto de variables ningún signo. La confortabilidad por parte de los pacientes sobre 10 ha sido de 8'32.

CONCLUSIONES

El bienestar general de los pacientes en las cicatrices ha sido favorable tanto en signos como en confortabilidad.

AMPOLLAS ACRALES POR ULTRAVIOLETA A Y PSORALENO.

Autores: González-Delgado S, Llera-Llera MJ, Vázquez-Osorio I.

Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón, Asturias

Contacto: latitasoni@gmail.com

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La utilización de fuentes de luz artificial para el tratamiento de enfermedades se viene realizando desde el siglo pasado (1925).

En la unidad de fototerapia del Hospital Universitario de Cabueñes hemos observado la aparición de ampollas acrales autolimitadas, indoloras y sin eritema previo, que no encajan con los efectos secundarios descritos en los principales consensos publicados.

El presente trabajo pretende saber más de estas ampollas: ¿Qué son? ¿Por qué se producen? ¿Qué actitud terapéutica sería la apropiada ante su aparición? ¿Qué cuidados requieren? ¿Son un efecto secundario infrecuente o más bien infradiagnosticado? ¿Qué otras patologías debemos descartar ante su aparición?

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión de las historias clínicas de los pacientes que recibieron tratamiento con PUVA oral y/o baño-PUVA en la unidad de fototerapia del Hospital Universitario de Cabueñes de Gijón desde el año 2009 hasta la actualidad. Además, se llevó a cabo una revisión bibliográfica en las principales bases de datos (PubMed, MEDS y Epistemonikos) utilizando los siguientes títulos de temas médicos (MeSH): "PUVA and bullae", "PUVA and bullous" y "PUVA and acralbullous".

RESULTADOS

Se encontraron 5 casos (2 mujeres y 3 hombres) con una media de edad de 65,8 años, que desarrollaron ampollas acrales durante el tratamiento con PUVA.

En el estudio histológico se observó una ampolla subepidérmica, sin infiltrado inflamatorio dérmico y con estudio de inmunofluorescencia directa (IFD) negativo, lo que descarta un penfigoide ampolloso o ampollas por quemadura. Las lesiones curaron de forma espontánea en pocos días sin dejar cicatriz ni alteraciones de la pigmentación. Los cuidados que requieren las ampollas acrales por terapia PUVA no están contemplados en la bibliografía revisada.

CONCLUSIONES

Las ampollas acrales secundarias a la terapia PUVA, son un efecto secundario que debemos de tener en cuenta. Es importante conocerlas ya que su aparición no implica la interrupción del tratamiento, y diferenciarlas de otras patologías que sí van a requerir la interrupción de las sesiones.

Es importante fomentar un papel activo de la enfermería dentro de los órganos de decisión e investigación en el campo de la fototerapia. El trabajo diario, la investigación de calidad y la publicación científica constituyen la "silla" que permitirá a la enfermería ocupar el puesto que le corresponde en la mesa de decisiones dentro del ámbito de la Fototerapia.

MEJORAR LA CICATRIZACIÓN DE LAS LESIONES.

Autores: Homs-Romero E⁽¹⁾, Romero-Collado A⁽²⁾.

(1) ICS. Institut Català de la Salut. EAP Ernest Lluch de Figueres.

(2) UdG. Universitat de Girona

Contacto: ericahr@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Cuando la piel ha sufrido una pérdida de continuidad en su cierre aparece la cicatriz. La apariencia de esta cicatriz puede variar según las características de la herida como son: la localización, sobre todo si se localiza en zonas de pliegue, el diámetro y profundidad, si la evolución ha sido

tórpida y evidentemente la edad del paciente. Entre la cicatriz post sutura de la lesión y la cicatriz definitiva aparece la fase de remodelación en la que se puede incidir para mejorar su aspecto y sintomatología.

La fase de remodelación se caracteriza por ser una fase lenta que puede durar de meses a años donde el colágeno es el elemento clave para que la piel recupere parte de la elasticidad perdida, iguale la coloración con la piel normal y no presente un volumen diferente. Además esta fase puede provocar molestias ya que la sintomatología habitual que aparece es picor, tensión y escozor interno. Actualmente disponemos de productos que mejoran esta sintomatología, reducen el tiempo de la remodelación y mejoran el aspecto visual de la cicatriz. Pero hay que incidir en la parte estética de esta lesión como repercusión en la autoestima del paciente según localización y aspecto definitivo que presente porque ello puede repercutir en la autoestima y por ende la calidad de vida.

OBJETIVOS

Explorar la eficacia de un gel de silicona en la cicatriz resultante de un proceso de remodelación.

METODOLOGÍA

Se estudia la evolución de la remodelación de las cicatrices de 5 pacientes tras haber sufrido una intervención quirúrgica. Cuando el paciente consulta con su enfermera de Atención Primaria para la retirada de la sutura se le ofrece la posibilidad de utilizar un producto que ayuda a mejorar el aspecto y sintomatología de su cicatriz. Se realiza una educación al paciente en la aplicación del producto y se le cita cada mes hasta cumplir 90 días de tratamiento para realizar una fotografía. Se incluye un paciente con una quemadura de 2 grado una vez cicatrizada para valorar el efecto del gel en este tipo de cicatrices, con la misma metodología.

RESULTADOS

Todos los pacientes afirman la mejora de su cicatriz en menor tiempo respecto a cicatrices anteriores que presentan y explican la disminución de la sintomatología tanto en picor como la sensación de tirantez.

CONCLUSIONES

La aplicación de un gel de silicona sobre una cicatriz mejora el aspecto en la coloración y el volumen en menor tiempo en relación a la evolución natural de la fase de remodelación de la piel. La sintomatología típica de las cicatrices se ve mermada e incluso desaparece ofreciendo una satisfacción al paciente que las sufre.

TE PIQUE LO QUE TE PIQUE.

Autoras: Landete-Belda L, Alfonso-López A.

Hospital Arnau de Vilanova de Valencia

Contacto: lylanbel@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Las picaduras pueden acarrear serios problemas de salud, tanto locales como sistémicos, especialmente en personas con patologías crónicas que predispongan a una evolución tórpida. Su diagnóstico se basa en datos clínicos y epidemiológicos, de laboratorio y serología.

Se presenta un caso en el que, inicialmente, se sospecha picadura por garrapata o araña violinista, con importante afectación a nivel cutáneo. La evolución de la lesión y sus características, se sospecharon finalmente relacionadas con la predisposición individual en una paciente diabética.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer, 85 años. Independiente. Diabética no insulino dependiente. Acude a urgencias hospitalarias por celulitis y necrosis en brazo izquierdo. Refiere picadura hace 15 días, que se ha autotratado, alargando el tiempo de atención sanitaria adecuada.

Constantes mantenidas, sin otra sintomatología. Pulsos conservados y ausencia de signos de compresión.

En imágenes se observan cambios inflamatorios de piel y tejido subcutáneo con espacios aéreos y dudosa afectación de fascia. Se confirma el diagnóstico médico de fascitis necrotizante, aunque la evolución atípica de la lesión hace dudar sobre el agente causal. Se desconocen resultados analíticos y biológicos (no solicitados).

Es intervenida en quirófano de urgencia para desbridamiento e instauración de antibioterapia precoz de amplio espectro.

Durante su estancia hospitalaria, refiere mínimo dolor. Inicialmente se observa sangrado de la lesión que requiere cambios de vendaje y hemostasia. Posteriormente, la cura tópica se manejó con limpieza exhaustiva, apósito primario en malla impregnado, compresas y vendaje de contención, con el objetivo de resolución por parte del equipo de cirugía plástica en el hospital de referencia, que practica injerto de espesor parcial. Es dada de alta a los 7 días sin complicaciones.

Se establece los siguientes diagnósticos enfermeros:

- Deterioro de la integridad cutánea
- Deterioro de la integridad tisular
- Riesgo de infección
- Dolor agudo
- Riesgo de disfunción neurovascular periférica
- Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud
- Conocimientos deficientes

DISCUSIÓN DEL CASO

Las picaduras implican una puerta de entrada a nuestro organismo, pudiendo suponer un importante problema, por lo que la atención a síntomas de alarma debe ser urgente y más aún en pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes. Enfermería desde el punto de vista educacional tiene una importante labor, además del manejo de la lesión.

En el presente caso, la infravaloración de una lesión, en principio banal, en una paciente diabética, hizo que ésta evolucionara hacia un deterioro de la integridad cutánea grave, requiriendo exéresis e intervención quirúrgica.

CONTROL DE LA CARGA BACTERIANA EN HERIDAS CRÓNICAS: NUEVOS AVANCES EN APÓSITOS ANTIMICROBIANOS.

Autores: Rumbo-Prieto JM⁽¹⁾, Arantón-Areosa L⁽¹⁾, Cortizas-Rey JS⁽¹⁾, Sánchez-Gálvez J⁽²⁾, Pérez-Villaverde P⁽³⁾.

(1) Gerencia de Gestión Integrada de Ferrol. Servizo Galego de Saúde (Sergas)

(2) Policlínica Virgen de los Dolores, Cartagena (Murcia)

(3) Hospital de la Esperanza-Hospital del Mar, Barcelona.

Contacto: jnrumbo@gmail.com

OBJETIVO

Conocer que apósitos antimicrobianos hay disponibles actualmente para el control de la carga bacteriana en heridas crónicas.

MÉTODO

Estudio observacional descriptivo. Búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos (PubMed, Cuiden, Embase, Cinahl, Cochrane y JBI Connect +); así como, uso de metabuscadores (google scholar) y repositorios institucionales (Dialnet, Redalyc, SciELO) y de universidades (Rebuin). Periodo de estudio 2013-2017. Palabras clave: apósito antimicrobiano, carga bacteriana y herida crónica (antimicrobial dressing, bacterial load, chronic wound). Selección y evaluación de contenidos por consenso del grupo nominal.

RESULTADOS

Actualmente, existen cuatro modalidades (tecnología) de apósitos antimicrobianos:

1. Apósitos compuestos solo por antisépticos: plata nanocritalina; cadexómero iodado, polihexamida biguanida o PHMB, y colorantes antisépticos (violeta de genciana, de metilo, y azul de metileno).
2. Apósitos combinados con varios antisépticos: violeta de genciana con plata.
3. Apósitos antisépticos combinados con péptidos antimicrobianos: apósitos de miel (metilglioxol) con defensina-1; PHMB con biocelulosa (Xylinum).
4. Apósitos con sustancias sintéticas hidrofóbicas: cloruro de dialquilcarbamilo (DACC).

CONCLUSIONES

Existen nuevos avances de apósitos antimicrobianos que son biocidas para la mayoría de microorganismos presentes en las heridas crónicas y, menos nocivos para el tratamiento de heridas. A falta de evidencias concluyentes, se presupone que dichos apósitos antimicrobianos cumplen con todos los estándares clínicos deseables: intervienen en el estado de colonización crítica de una herida, son de amplio espectro contra microorganismos, incluyendo los resistentes; de acción rápida, pero de actividad sostenida; no irritantes y no citotóxicos; fácilmente solubles; sin que

presenten inactivación a fluidos orgánicos, exudado de heridas y biopelículas; y se consideran costo-efectivos.

PALABRAS CLAVE

Apósito antimicrobiano; carga bacteriana; herida crónica, PHMB, cadexómero iodado, antiséptico, DACC.

MANEJO POR ENFERMERÍA DE UN DEDO TRAUMATIZADO CON PÉRDIDA DE SUSTANCIA.

Autores: Samaniego-Ruiz MJ, Martínez-Varón MJ.

Centro de Salud de Benamaurel. Granada.

Contacto: mariaje88@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Las heridas con difícil cicatrización suelen estancarse en la fase inflamatoria. Siendo la degradación y remodelación de la matriz extracelular por proteasas un elemento clave.

OBJETIVO

Describir el manejo por enfermería de un dedo traumatizado con pérdida de sustancia.

METODOLOGÍA

Se describe el caso de un señor de 55 años que acude a consulta tras traumatismo accidental por un martillo en su taller. Paciente con dislipemia, sin tratamiento oral en la actualidad. Presenta una lesión en el tercio distal del 2 dedo de la mano izquierda.

VALORACIÓN

Se realiza la valoración de la lesión mediante escala de valoración Resvech 2.0; y la de la piel perilesional mediante la escala FEDPALLA. Obteniéndose un Resvech de 12 y un pronóstico de epitelización bueno (22). Además se realiza radiografía.

DIAGNÓSTICO

Deterioro de la integridad tisular relacionado con traumatismo accidental manifestado por lesión.

INTERVENCIÓN

Cuidados de las heridas. Objetivo: curación de la herida (por segunda intención). Para ello se realizan las primeras curas con un producto con proteasa activa, alantoina y bisopolol cada 24 horas. Y posteriormente con otro con ácido hialurónico cada 48 horas. Más un apósito secundario de espuma polimérica. Además, se administra una dosis de recuerdo antitetánica.

RESULTADOS/DISCUSIÓN

A los 40 días aproximadamente presenta un Resvech de 0. Es importante tener en cuenta que solo las proteasas en estado activo van a tener impacto sobre el proceso de reparación tisular. Por otra parte, el bisopolol constituye un agente natural útil para el tratamiento de la inflamación de la piel. Y, la alantoina un intermediario metabólico que favorece el desprendimiento de células muertas. Por lo que, este producto en un primer momento nos va a ayudar a que no se

incremente la fase inflamatoria. Para que así, posteriormente, el hialurónico como polisacárido de la matriz extracelular proporcione un medio que favorezca la migración celular.

CONCLUSIÓN

Tras la valoración por parte de enfermería y siguiendo metodología enfermera, así como aplicando los conocimientos sobre la cicatrización y los productos de cura, se ha logrado la cicatrización de una herida traumática con pérdida de sustancia.

EL ACIDO HIALURÓNICO ANTE QUEMADURAS DE DISTINTA ETIOLOGÍA.

Autores: Samaniego-Ruiz MJ, Martínez-Varón MJ.

Centro de Salud de Benamaurel. Granada.

Contacto: mariaje88@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Las quemaduras según su etiología se pueden clasificar en térmicas (escaldaduras, por fuego, por contacto), eléctricas, químicas, radioactivas, solares, congelaciones u otros tipos. Sin embargo, todas ellas tienen en común que suponen una agresión, lo que conlleva una modificación de los mecanismos de la homeostasis orgánica.

Valorar el uso del ácido hialurónico en quemaduras de distinta etiología.

METODOLOGÍA

Se presentan varios casos de quemaduras de distintas etiologías: escaldadura por caramelo líquido caliente, quemadura por contacto con el cristal de una estufa, quemadura química por sosa cáustica y por ácido nítrico, quemadura por bisturí tras cirugía y quemadura por abrasión tras una caída en bicicleta. De las que dos son mujeres y cuatro hombres, con edades entre 6 y 74 años.

Las curas se llevaron a cabo mediante un preparado tópico constituido principalmente por ácido hialurónico y sulfadiazina argéntica cada 24 horas, más un apósito fino de espuma polimérica con silicona. Para posteriormente continuar sin el antimicrobiano cada 48 horas hasta su curación.

RESULTADOS/DISCUSIÓN

Todas las quemaduras a pesar de su etiología evolucionaron favorablemente, con un tiempo de cicatrización medio de unas tres semanas. Con apreciación de menores dimensiones desde la primera cura. Así como, ausencia de reacciones adversas, disminución del dolor y sobre todo de consecuencias estéticas (muy valoradas por los pacientes).

Hay que tener en cuenta que la piel normal actúa como una barrera que impide la pérdida de líquidos, además de proteger frente a la infección y regular la temperatura. Por lo que, en una quemadura es muy importante mantener estas funciones para evitar la deshidratación e infección. De este modo, el ácido hialurónico al ser un glicosaminoglicano de la matriz extracelular de la piel proporciona un medio hidratado entre las células facilitando su migración

(fundamental en la respuesta inflamatoria); y la sulfadiazina argéntica produce la prevención necesaria en las primeras curas.

CONCLUSIONES

En varios casos un producto con ácido hialurónico ha permitido una gestión eficaz y rápida de las quemaduras con independencia de su evolución etiología.

TIPO DE HERIDA CRÓNICA Y SU RELACIÓN CON LA EDAD, SEXO Y PRONÓSTICO DE VIDA.

Autores: Samaniego-Ruiz MJ, Martínez-Varón MJ.

Centro de Salud de Benamaurel. Granada.

Contacto: mariaje88@gmail.com

OBJETIVOS

Identificar los principales tipos de heridas crónicas.

Conocer el tipo de herida crónica y su relación con la edad, sexo y pronóstico de vida.

METODOLOGÍA

Estudio transversal, con una muestra de 73 pacientes mayores de 15 años elegidos a conveniencia del Área de Gestión Sanitaria Nordeste de Granada, atendidos desde Atención Primaria. Las variables incluidas fueron tipo de herida, edad, sexo y supervivencia a los diez años (medida mediante el Índice de Comorbilidad de Charlson). Los datos se analizaron mediante una de las últimas versiones del paquete estadístico SPSS. Para las variables edad y supervivencia se ha calculado la mediana como medida de posición, ya que no se distribuían de forma normal. Y para analizar las diferencias se ha empleado la prueba Chi al cuadrado y la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis (edad y supervivencia).

Por último, mediante la regresión logística multinomial, con la variable tipo de herida como dependiente, se han obtenidos los odds ratios y su intervalo de confianza del 95%.

RESULTADOS

El tipo de herida fue: úlceras relacionadas con la dependencia (33%), úlceras vasculares (22%), pie diabético (7%) y otras (38%). De estas últimas, 1% oncológicas, 3% por picaduras, 14% postquirúrgicas y el 20% postraumáticas. Su mediana de edad era 82 y de 7 para el Índice de Charlson; donde el 64% eran mujeres y el 36% hombres.

La distribución por sexo y tipo de herida presentaba diferencias estadísticamente significativas (tabla 1). En cuanto a la edad se distribuía de forma distinta según el tipo de herida, estadísticamente significativo. Y el Índice de Charlson no surgió significativo, por lo que no había diferencias. Por último, el análisis multivariante mostró que las variables que influyeron de una manera estadísticamente significativa fueron para el pie diabético; por una parte el sexo (OR: 4.312; sig: 0.0; 4.312-4.321) y por otra parte, la edad (OR: 0.828; sig: 0.43; 0.690-0.994) y el Índice de Charlson (OR: 2.673; sig: 0.33; 1.082-6.603).

CONCLUSIONES

El mayor porcentaje de heridas crónicas no se correspondía ni con úlceras relacionadas con la dependencia, ni vasculares ni pie diabético. Existiendo diferencias significativas en la distribución por sexo o edad según el tipo de herida. Y atendiendo al pie diabético una mayor posibilidad cuando era hombre y cuando aumenta la edad y el Índice de Charlson.

GANGRENA DE FOURNIER EN EL ANCIANO: DETECCIÓN PRECOZ Y ALTERNATIVAS.

Autores: Marín-Sereno PV, Moreno-Guerín Baños A, Pérez-Godoy Díaz E.

Sevilla.

Contacto: anmogueba@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La gangrena de Fournier es una enfermedad poco frecuente pero potencialmente letal. Es una infección necrosante subcutánea de origen urogenital o anorrectal, que afecta a la zona genital, perineo y pared anterior del abdomen. Su pronóstico depende en gran medida de un diagnóstico precoz.

OBJETIVO

Considerar y valorar otras alternativas al tratamiento quirúrgico para la curación de dicha lesión cutánea con un diagnóstico temprano.

MATERIAL Y MÉTODO

Se presenta el caso de un paciente anciano que se le diagnóstica una gangrena de Fournier con afectación escrotal. Presenta dolor en región genital y fiebre de 38.5 °C.

ANTECEDENTES

Paciente inmunodeprimido, Diabetes Mellitus, hiperplasia prostática benigna, alcoholismo crónico, enfermedad de Parkinson y Demencia en fase moderada.

EXPLORACIÓN FÍSICA

coloración eritematoviolácea de la piel del escroto (aspecto "en bronceado"). Flictenas de pequeño tamaño en pene y difíciles de apreciar en la exploración inicial. Piel escrotal edematosa con lesión traumática escrotal. Úlceras por presión en sacro y tuberosidades isquiáticas en grado II.

RESULTADO

Ante el diagnóstico temprano, se fijó como objetivo la resolución del problema sin uso de cirugía. (registro fotográfico). Restitución integral de la zona afecta al cabo de 21 días.

CONCLUSIÓN

Este cuadro infeccioso presenta una alta morbimortalidad, de inicio súbito pero de progresión fulminante, se discute la necesidad de un diagnóstico adecuado pero, sobre todo, temprano.

En un primer momento, puede haber una discordancia entre la gravedad de la afectación local y la escasa repercusión sistémica, aunque, posteriormente, el estado de septicemia puede comprometer la vida del paciente.

CASO CLÍNICO DE LESIÓN CUTÁNEA ASOCIADA A LA HUMEDAD (LESCAH) POR REFLUJO DE FÍSTULA CON APARIENCIA DE ILEOSTOMÍA.

Autores: García-Sánchez RM, Rumbo-Prieto JM.

Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Servizo Galego de Saúde (Sergas).

Contacto: jmrumbo@gmail.com

OBJETIVO

Describir un caso clínico de fístula enterocutánea compleja que produjo una lesión cutánea asociada a la humedad por reflujo.

DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

Mujer de 72 años operada de urgencia por neoplasia de sigma con resultado quirúrgico de portadora de fístula enterocutánea que funciona como ileostomía. Posteriormente, la paciente padece deterioro de la integridad cutánea debido a fugas constantes (dermatitis por reflujo), mala higiene en estoma y zona periestomal (por múltiples pliegues en el abdomen ocasionados por la pérdida de peso), estoma mal medido, dispositivo inadecuado (úlceras por presión en zona superior) y mal colocado, lesión cutánea dolorosa en la parte superior del estoma. El control y evolución del caso clínico se llevó a cabo desde la consulta de estomaterapia, se realizaron curas cada 72 h. de la piel perilesional mediante combinación de productos para ostomía y de cura en habiente húmeda. El procedimiento fue el siguiente: lavado del estoma y piel circundante con agua y jabón (en estadios iniciales se utilizó también solución polihexamida-biguanida y betaina); secado cuidadoso del estoma y piel perilesional; protección de la piel con una película barrera; utilización de polvos secantes en la mucosa del estoma; colocación de un anillo moldeable de hidrocoloide como protección alrededor del estoma; uso de dispositivo de bolsa convexa de 3 piezas (placa, bolsa abierta y clic de fijación); protección piel circundante con hidrocoloide extrafino.

CONCLUSIÓN

El deterioro de la integridad cutánea se ha resuelto, no hay signos de dermatitis por humedad, la úlcera por presión a epitelizado, la dehiscencia delestoma se ha reducido. Actualmente, las curas se realizan cada 6-7 días y consisten en: lavado de la zona de ostomía con agua y jabón; aplicación de película barrera, aro moldeable de hidrocoloide y bolsa convexa de 3 piezas

PALABRAS CLAVE

LESCAH, ileostomía, fístula entero-cutánea, deterioro integridad cutánea, dermatitis, estomaterapia.

LAS ULCERAS POR PRESION NO SON SIEMPRE ULCERAS POR PRESION: ENFERMEDAD DE BUERGUER EN UNA RESIDENCIA GERIATRICA.

Autores: Marín-Sereno PV, Moreno-Guerín Baños A, Pérez-Godoy Díaz E.

Sevilla.

Contacto: anmogueba@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Los Síndromes Geriátricos son un conjunto de cuadros habitualmente originados por la conjunción de enfermedades con alta prevalencia en los ancianos y que son el origen frecuente de incapacidad funcional y/o social en la población geriátrica. Uno de estos síndromes son Las úlceras por presión (UPP), secundaria a un deterioro funcional con inmovilidad y encamamiento prolongado. Las Localizaciones más frecuentes son en talones y maleolos externos. Por su alta prevalencia, se corre el riesgo de etiquetar como Úlcera por presión lesiones de otra etiología, como ocurrió en este caso.

OBJETIVO

Conocer y ampliar el campo de patologías relacionadas con las UPP, y establecer un diagnóstico diferencial con otras patologías, a priori, similares a la exploración visual.

MÉTODO

Paciente de 72 años que ingresa en Unidad Geriátrica, en exploración clínica presenta lesión ulcerada en maleolo exterior derecho y placa necrótica en talón izquierdo compatible con UPP Grado 3º. Las características de las lesiones y del paciente fueron factores determinantes para no aceptar lo que en un principio parecía evidente, y plantear un diagnóstico diferencial con pie diabético, enfermedad arterioesclerótica y tromboangeítis obliterante.

La tromboangeítis obliterante o enfermedad de Buerger es una enfermedad vascular inflamatoria oclusiva que afecta a las arterias de mediano y pequeño calibre y a las venas distales de miembros superiores e inferiores, con cianosis de manos y pies, dolor y claudicación intermitente. Es habitual vasos "en punta de lápiz" y venas "en sacacorcho". Etiopatogenia: asociado al tabaco.

RESULTADO

Curas y evolución por personal de enfermería (registro fotográfico), así como consultas externas con departamento de anatomía patológica de hospital de referencia. Evolución favorable con curación de lesiones cutáneas en miembros inferiores.

CONCLUSIÓN

El interés del caso presentado radica en lo poco habitual de esta enfermedad en afectar a personas mayores de 40 años. A pesar de la alta prevalencia en ancianos de las UPP, no todas las lesiones ulceradas en talón y maleolos corresponden a UPP.

CUIDADOS DE LA PIEL DEL RECIÉN NACIDO.

Autor: Carbonell-Puig F.

C.S.I. Benifaio.

Contacto: ferrancapu@gmail.com

OBJETIVO

Conocer las principales diferencias entre la piel del recién nacido y la piel del adulto, y dar las recomendaciones para su cuidado y su protección.

MÉTODO

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de artículos relacionados con el tema en revistas especializadas como *Pediatría Integral* y la revista de *Pediatría de Atención Primaria*. También se han consultado las guías para padres de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana, edición 2007, la Guía de Consultas pediátricas de los laboratorios Abbot avalada por la AEPap (Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria) y la página web de la AEPED (Asociación Española de Pediatría).

RESULTADOS

Los resultados obtenidos en la búsqueda bibliográfica se exponen en el póster, en una tabla con las principales diferencias y una lista con las recomendaciones para su cuidado.

CONCLUSIONES

En los recién nacidos la piel es el órgano más grande que poseen, además de sus funciones fisiológicas, facilita el vínculo entre padres e hijos y la transmisión de sentimientos entre ambos. Conociendo las características de la piel de recién nacido, se pueden aplicar los cuidados más adecuados que favorezcan el correcto desarrollo a través de su ciclo vital.

Los profesionales debemos de conocerlos y ser capaces de transmitirlos a la población, generalmente padres, para que los apliquen en el ámbito familiar favoreciendo el crecimiento saludable del recién nacido.