

- *Cambio climático y enfermedades dermatológicas: ¿qué podemos hacer?*
- *Características y manejo de la psoriasis pustulosa*
- *Lesiones podológicas y salud de los pies en pacientes oncológicos*
- *Las tecnologías de la información y comunicación como herramienta de análisis, evaluación y clasificación de heridas crónicas y neoplásicas. Una revisión sistemática*
- *Abordaje paliativo de enfermería en las úlceras tumorales. Revisión bibliográfica*
- *Utilización de la oxigenoterapia hiperbárica en la curación de heridas. Revisión bibliográfica*
- *Prevalencia de envejecimiento cutáneo crónico (dermatoporosis) en ancianos institucionalizados de centros sociosanitarios de Valencia*
- *Herpes Zóster torácico: a propósito de un caso*
- *Importancia de la educación para la salud en la dermatitis atópica. A propósito de un caso*
- *Herramientas para encontrar artículos científicos de manera gratuita y legal*
- *Comunicaciones Orales del XV Congreso Nacional de Enfermería Dermatológica*
- *Comunicaciones Póster del XV Congreso Nacional de Enfermería Dermatológica*
- *Nuevas evidencias para el tratamiento de úlceras venosas de la pierna y pie diabético. Recomendaciones NICE® sobre UrgoStart®*

Edita:  ANEDIDIC
Asociación Nacional de Enfermería Dermatológica

número

38

año 13. septiembre-diciembre 2019



ISSN: 2386-4818



CAMBIO CLIMÁTICO Y ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS: ¿QUÉ PODEMOS HACER?

CLIMATE CHANGE AND DERMATOLOGICAL DISEASES: WHAT CAN WE DO?

Autor:  José María Rumbo-PrietoPhD, MSc, BSN. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.
Cátedra Hartmann de Integridad y Cuidado de la Piel. Universidad Católica de Valencia.
Cátedra de Estudios Avanzados en Heridas UJA-GNEUAPP-FSJJ. Universidad de Jaén.Contacto: jmrumbo@gmail.comFecha de recepción: 26/11/2019
Fecha de aceptación: 10/12/2019Rumbo-Prieto JM. Cambio climático y enfermedades dermatológicas: ¿Qué podemos hacer? *Enferm Dermatol.* 2019;13(38):7-9.
doi: 10.5281/zenodo.3574083

EDITORIAL:

Hablar de cambio climático es hablar de un fenómeno de gran impacto social, sanitario, económico y político que afecta a toda la humanidad y al resto de seres vivos. Actualmente, desde el día 2 al 16 de diciembre de 2019 se está celebrando en Madrid (España) la Conferencia sobre el Cambio Climático (COP25-CHILE), en la que se pone de relieve diversos datos que muestran la magnitud del problema: *“la emergencia climática empeora cada día y tiene efectos negativos sobre las vidas de las personas en todos los rincones del globo, sean olas de calor extremo, polución atmosférica, incendios en los bosques, inundaciones o sequías”*⁽¹⁾.

Los profesionales sanitarios no debemos ser ajenos a este fenómeno. Es un desafío complicado y no podemos quedarnos de brazos cruzados viendo como el entorno ambiental que nos rodea se deteriora o se ve seriamente alterado por el aumento de la temperatura y/o variabilidad de la humedad, por el efecto conocido como calentamiento global (imagen 1)⁽²⁾ y/o efecto invernadero.

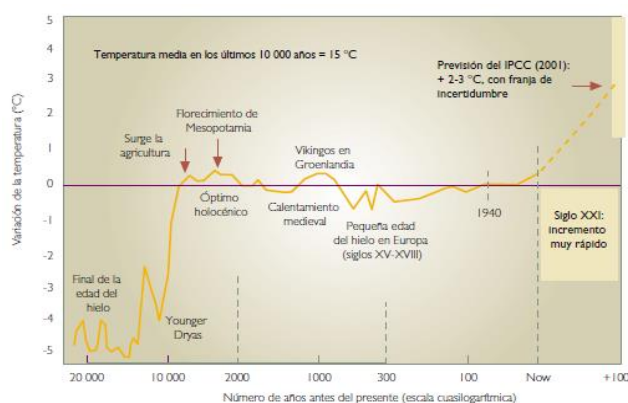


Imagen 1: variación media de la temperatura terrestre⁽²⁾.

Nuestra salud, directamente o indirectamente, se verá gravemente amenazada. Desde el punto de vista dermatológico supondrá un mayor riesgo de cáncer de piel melanocítico y no melanocítico (entorno a un 5-10% estimado para el año 2050)⁽²⁾, envejecimiento cutáneo, dermatoporosis u otras afectaciones cutáneas como sensibilizaciones fotolumínicas, alergias, dermatosis, dermatitis, urticaria, impétigos, xerosis cutánea...⁽²⁻⁷⁾.

Diversos autores como Palomar-Llatas F^(7,8), ya nos han instruido sobre lo pernicioso que es no ser consecuentes y respetuosos con el medio ambiente, recordándonos lo trascendental que es reciclar y evitar el uso de todo aquello que contamine; así como el hecho de preocuparnos por la salud y bienestar de nuestra piel.

También coincidimos con Roque-Pérez et al⁽⁹⁾ y Guerra-Castro et al⁽¹⁰⁾, quienes advierten que a pesar de contar con una extensa evidencia acerca del tema (el adelgazamiento de la capa de ozono origina radiaciones solares ultravioleta nocivas), constatan la realidad existente de una baja percepción de riesgo para la mayoría de la población; poniendo como ejemplo conductas de riesgo que, frecuentemente hacemos de forma consciente, o inconsciente: realización de actividades laborales, deportivas o de ocio, al aire libre durante varias horas con poca o ninguna medida de fotoprotección, hábito de broncearse como signo de belleza, o la falta de control paterno o pericia en la exposición solar en los niños.

No quisiera que esta editorial fuera apocalíptica, aún estamos a tiempo de reducir o prevenir cuales serían los efectos dermatológicos indeseables por la emergencia climática en la que estamos inmersos. Pero no podemos

esperar impasibles a que los gobiernos o países se pongan de acuerdo en cómo parar la contaminación ambiental o qué hacer para limitar las emisiones de CO₂ a la atmósfera y la de otros gases de efecto invernadero. Desde nuestro campo de acción (cuidados dermatológicos), las acciones inmediatas pasan por que la población conozca la situación real y empiece a tomar decisiones de salud sobre su piel, no de forma dermocosmética (buscando la belleza), sino en su conjunto global, el holístico (biopsicosocial).

Dar un mayor nivel de información sanitaria a las personas garantizará que la sociedad, y nuestra población de referencia, adquiera una percepción de riesgo adecuada sobre el problema que se aborda, lo que llevaría a que cada individuo adopte conductas saludables como sería el seguir hábitos correctos de fotoprotección e hidratación cutánea, adquisición de una actitud responsable hacia la prevención de la contaminación ambiental de su entorno local (laboral y doméstico); todo ello, con la finalidad de evitar riesgos dermatológicos innecesarios (infecciones cutáneas, alergias...).

Sabemos que todo este proceso socioeducativo debería realizarse ya desde la infancia (en la Escuela), y los profesionales de la salud deberíamos estar preparados y formados para ello (educación sanitaria y medioambiental). Sin embargo, no siempre se dan las condiciones favorables; existe en una parte de la población cierta resistencia o dudas, ya sea por creencias y valores, y no muestran una actitud consciente y responsable hacia los riesgos sanitarios que acarrea el cambio climático, y por tanto no es fácil conseguir su colaboración proactiva, ya sea para reducir las causas, como para prevenir y limitar sus impactos negativos.

Gracias a los estudios demoscópicos de Heras-Hernández F et al⁽¹¹⁾ y Meira P et al⁽¹²⁾, podemos ahora comprender las representaciones sociales del fenómeno (riesgo percibido), así como el espectro de reacciones que genera en la población el cambio climático. En sus conclusiones se llega a decir que la población española considera el cambio climático como un problema real, atribuyéndolo en exclusividad a la actividad humana y valorándolo como peligroso y una amenaza para la salud. Sin embargo, la solución al problema no termina de ser una prioridad relevante en la agenda social, ya que eso tiene implicaciones y toma de decisiones importantes a nivel económico y político, por ello no hay una voluntad firme de actuar en consecuencia.

Mientras tanto, conviene seguir hablando del tema y buscando puntos de encuentro para actuar sobre el

problema desde el enfoque sanitario. Algunas iniciativas parten que el cambio sociocultural debe surgir en los entornos comunitarios, lo que deja en evidencia la necesidad de desarrollar acciones desde la Atención Primaria de Salud^(9,10). Necesitamos protocolos y procedimientos basados métodos e indicadores de alerta precoz que permitan la identificación y la previsión de situaciones de riesgo dermatológico, así como desarrollar programas de vigilancia y control de población susceptible, niños y ancianos principalmente.

Precisamos una mayor concienciación de los ciudadanos, las autoridades, los políticos y los profesionales de la salud para desarrollar medidas de adaptación y mitigación del cambio climático⁽¹³⁾, hecho que pasa necesariamente por promover la investigación en este campo e implementar las buenas prácticas que vayan surgiendo.

A modo de ejemplo, habría que empezar a divulgar pautas de buena práctica relacionadas, no solo hacia una adecuada fotoprotección para prevenir la carcinogénesis o el envejecimiento cutáneo prematuro; sino también, a conocer los riesgos dermatológicos que puede causar la variabilidad de la humedad ambiental en entornos sanitarios y otras sustancias contaminantes que están presentes en el ambiente laboral (principalmente, partículas en suspensión y elementos químicos), originadas por la alta tecnificación de nuestros entornos, y que científicamente tienen un mayor riesgo de originar ciertas alteraciones cutáneas (p. ej.: los efectos de las ondas de radiación emitidas por los aparatos electrónicos, contacto con sustancias halogenadas y/o materiales basados en hidrocarburos aromáticos...)⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

En consecuencia, quedan muchas cosas por hacer, pero no nos engañemos, solo podremos conseguirlo si nosotros, los profesionales de la salud, nos formamos adecuadamente en políticas de medio ambiente⁽¹⁷⁾, con especial énfasis en aquello que afecta a la salud de la piel; para luego fomentar los cuidados dermatológicos adecuados y, sobretodo el aprender a gestionar los recursos de forma responsable y actuar precozmente. Una vez logrados los objetivos básicos, estaremos preparados para liderar y promover campañas dermatológicas a favor de un medioambiente más sostenible y saludable que redunde en la salud de la población.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Naciones Unidas (UN). Conferencia de Madrid sobre el cambio climático, 2-16 de diciembre 2019. [página web]. Acción Climática; 2019.

2. Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Meteorológica Mundial (OMM), Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA). Cambio climático y salud humana: riesgos y respuestas: Resumen [Internet]. Ginebra (Suiza): Organización Mundial de la Salud; 2003. p. 21.
3. El Médico Interactivo (Redacción). ¿Cómo afecta el cambio climático a nuestra piel? [página web]. El Médico Interactivo; 2011.
4. Reinosa-Valladares M, Betancourt-Reinosa KdC, Figueredo-Hernández LR, Vásquez-Sánchez L, Ordoñez-Sánchez YC, Canciano-Fernández J. Cambio climático y enfermedades dermatológicas. Revista Cubana de Meteorología [Internet]. 2018; 24:419-30.
5. Llamas-Velasco M, García-Díez A. Cambio climático y piel: retos diagnósticos y terapéuticos. Actas Dermosifiliogr. 2010;101(5):401–10.
6. López Figueroa F. Implicaciones dermatológicas del cambio climático y de la disminución de la capa de ozono. Actas Dermosifiliogr. 2011;102(5):311-5.
7. Palomar-Llatas F. ¿El cambio climático afectará a la piel? Enferm Dermatol [Internet]. 2011;5(13-14):8-15.
8. Palomar-Llatas F, Díez-Fornes P. Fotoprotección y cáncer cutáneo. Enfermería Integral [Internet]. 2015;(108):6-11.
9. Roque Pérez L, González Escudero M. Radiación solar y percepción de riesgo sobre cáncer de piel, un tema para reflexionar. Rev Multimed [Internet]. 2019;23(3):401-5.
10. Guerra Castro MM, Alemán Bacallao AD, Román Manrique Y. Fotoprotección y fotodaño en la niñez y la adolescencia. MEDISAN [Internet]. 2018;22(8): 804-15.
11. Heras Hernández F, Meira Cartea PA, Justel A. La percepción social de los riesgos del cambio climático sobre la salud en España. Rev Salud Ambient. 2017; 17(1):40-6.
12. Meira PA, director. La respuesta de la sociedad española ante el cambio climático. 2013. Madrid: Fundación Mapfre; 2013.
13. de Lorenzo A, Liaño F. Altas temperaturas y nefrología: a propósito del cambio climático. Nefrología. 2017; 37(5):492–500.
14. Mahler V. [Skin diseases associated with environmental factors]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2017;60(6):605-17.
15. Kim KE, Cho D, Park HJ. Air pollution and skin diseases: Adverse effects of airborne particulate matter on various skin diseases. Life Sci. 2016; 152:126-34.
16. Engebretsen KA, Johansen JD, Kezic S, Linneberg A, Thyssen JP. The effect of environmental humidity and temperature on skin barrier function and dermatitis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2016;30(2):223-49.
17. Muñoz-Gómez N. Cambio climático y salud humana. Una revisión de la literatura. [Trabajo fin de grado]. Jaén: Universidad de Jaén; 2016.

CARACTERÍSTICAS Y MANEJO DE LA PSORIASIS PUSTULOSA

CHARACTERISTICS AND MANAGEMENT OF PUSTULAR PSORIASIS

Autores:  Sandra Martínez-Pizarro

Enfermera (RN). Centro Divina Pastora, Granada

Contacto: mpsandrita@hotmail.com

Fecha de recepción: 26/09/2019
Fecha de aceptación: 10/12/2019

Martínez-Pizarro S. Características y manejo de la psoriasis pustulosa. *Enferm Dermatol.* 2019;13(38):10-15.
doi: 10.5281/zenodo.3574352

RESUMEN:

La psoriasis pustulosa es un trastorno cutáneo sistémico raro, mediado por el sistema inmune, caracterizado por pústulas amarillentas en una base eritematosa pudiendo ser generalizado o localizado encontrándose diferentes subtipos: Von Zumbusch, anular, exantémico, herpetiforme, acrodermatitis continua de Hallopeau y pustulosis palmoplantar.

El diagnóstico confirmatorio se obtiene mediante un estudio histopatológico. Esta patología afecta a 7 individuos por cada millón, principalmente mujeres de unos 50 años. Las causas no son bien conocidas, en un 25% de los casos se debe a antecedentes familiares, aunque también puede ser debido al consumo de tabaco, ciertos fármacos o el estrés. Entre sus síntomas destaca el dolor, prurito, fiebre, leucocitosis y en casos graves insuficiencia cardíaca, fallo renal o muerte.

El tratamiento a nivel global se centra en un estilo de vida saludable, incluir infusiones desintoxicantes y omega 3; a nivel tópico se basa en la aplicación de aceites humectantes, compresas y baños de solución salina o avena para calmar y desbridar. En los casos graves se precisa rehidratación, y recuperación del equilibrio hidroelectrolítico. A nivel farmacológico la acitretina, la ciclosporina, el metotrexato y el infliximab son terapias de primera línea, mientras que adalimumab, etanercept y psoraleno más ultravioleta A son de segunda línea. En los últimos años se destaca la terapia con baño de psoraleno más luz ultravioleta A (PUVA) como tratamiento eficaz, seguro y económico.

PALABRAS CLAVE: psoriasis pustulosa, síntomas, manejo terapéutico, etiología.

ABSTRACT:

Pustular psoriasis is a rare systemic skin disorder, mediated by the immune system, characterized by yellowish pustules on an erythematous base and can be generalized or localized by finding different subtypes: Von Zumbusch, annular, exanthemiform, herpetiformis, continuous acrodermatitis of Hallopeau and palmoplantar pustulosis.

The confirmatory diagnosis is obtained through a histopathological study. This pathology affects seven individuals per million, mainly women in their 50s. The causes are not well known, in 25% of cases it is due to family history although it can also be due to the consumption of tobacco, certain drugs or stress. Its symptoms include pain, pruritus, fever, leukocytosis and in severe cases heart failure, renal failure or death.

The global treatment focuses on a healthy lifestyle, including detoxifying infusions and omega 3; topically it is based on the application of moisturizing oils, compresses and baths of saline or oatmeal to calm and debride. In severe cases, rehydration and recovery of the electrolyte balance are required. At the pharmacological level, acitretin, cyclosporine, methotrexate and infliximab are first-line therapies, while adalimumab, etanercept and psoralen plus ultraviolet A are second line. In recent years, therapy with a psoralen bath plus ultraviolet A light (PUVA) stands out as an effective, safe and economical treatment.

Keywords: pustular psoriasis, symptoms, therapeutic management, etiology.

INTRODUCCIÓN:

La psoriasis es una patología inflamatoria crónica de la piel. En esta enfermedad se generan una serie de lesiones engrosadas, inflamadas y escamosas. Se caracteriza por una hiperproliferación de los queratinocitos, secundaria a la activación del sistema inmune. No se contagia aunque puede ser hereditaria⁽¹⁾. Las zonas de la piel más afectadas suelen ser las rodillas, codos, piernas, espalda, uñas, espalda y cuero cabelludo, también podrían afectar a cualquier otra región dérmica e incluso dar lugar a una afectación sistémica.

Dentro de la psoriasis se pueden diferenciar diferentes tipos: psoriasis en placas, psoriasis guttata, psoriasis invertida, psoriasis en cuero cabelludo, psoriasis eritrodérmica, artritis psoriásica, psoriasis intertriginosa y psoriasis purulenta o pustulosa^(1,2).

La psoriasis pustulosa es un trastorno cutáneo sistémico raro, mediado por el sistema inmune, caracterizado por pústulas amarillentas en una base eritematosa con una variedad de presentaciones clínicas y patrones de distribución. Está caracterizada por la infiltración de granulocitos neutrófilos en la epidermis hasta tal punto que se desarrollan pústulas estériles clínicamente visibles. Se caracteriza principalmente por el desarrollo de pústulas (protuberancias elevadas llenas de pus) aunque también aparecen otros signos psoriásicos. Normalmente se presenta con la aparición de ampollas llenas de pus algunas horas después de que la piel se ponga roja y sensible⁽³⁾.

La psoriasis pustulosa se considera una variante de la psoriasis vulgar. Las pústulas pueden estar diseminadas o localizadas, pueden aparecer y desaparecer con frecuencia y se caracterizan por un infiltrado estéril, predominantemente neutrofilico.

TIPOS DE PSORIASIS PUSTULOSA:

A diferencia de la psoriasis crónica en placas, las lesiones de psoriasis pustulosa a menudo son sensibles a la palpación. La psoriasis pustulosa puede subdividirse aún más según la presentación clínica y la ubicación de las pústulas. Los subtipos de psoriasis pustulosa incluyen⁽³⁾:

Generalizada:

La psoriasis pustulosa generalizada se define como pústulas primarias que pueden surgir de repente, estériles y macroscópicamente visibles en la piel no

acral (excluyendo los casos en que la pustulación se limita a las placas psoriásicas). La piel se vuelve roja, sensible y dolorosa. La psoriasis pustulosa generalizada puede ocurrir con o sin inflamación sistémica, las pústulas aparecen en cuestión de horas y puede ser una condición recurrente (más de un episodio) o persistente (más de tres meses)⁽⁴⁾.

- *Subtipo von Zumbusch:* erupción pustulosa generalizada difusa con síntomas sistémicos asociados (fiebre, deshidratación, escalofríos, debilidad muscular).
- *Subtipo anular:* lesiones anulares con pústulas a lo largo del borde de avance.
- *Subtipo exantemático:* erupción pustulosa aguda que desaparece después de unos días sin síntomas sistémicos.
- *Impétigo herpetiforme:* psoriasis pustulosa que ocurre durante el embarazo.

Localizada:

- *Acrodermatitis continua de Hallopeau:* pústulas que afectan a los extremos de los dedos de las manos y a veces de los pies y las pústulas se localizan concentradas en las falanges distales de los dedos de pies, de manos o de ambos a la vez. A menudo se relaciona con anomalías graves en las uñas. Se caracteriza por pústulas primarias, persistentes (más de tres meses), estériles y macroscópicamente visibles que afectan el aparato ungueal. En determinadas ocasiones la erupción se inicia después de una infección cutánea o de una herida. Estas lesiones son dolorosas, suelen generar alteraciones en las uñas y a veces pueden ocasionar modificaciones en el hueso⁽⁴⁾.
- *Psoriasis palmoplantar:* pústulas que afectan las palmas y las plantas. La psoriasis palmoplantar tiene pústulas primarias que suelen aparecer con placas rojas de piel que adquieren color cobrizo y se transforman en costras. Son persistentes (más de 3 meses), estériles, macroscópicamente visibles en las palmas y / o las plantas y puede ocurrir con o sin psoriasis vulgar. Normalmente suele afectar a la base del pulgar y a los lados de los talones⁽⁴⁾.

DIAGNÓSTICO:

Realizar el diagnóstico de esta enfermedad puede ser

un desafío debido a su rareza, presentación heterogénea y falta de clasificación consistente, pero es importante reconocerla cuanto antes para que la terapia pueda iniciarse lo antes posible⁽⁵⁾.

En primer lugar se precisa una exploración física e historia clínica del paciente. A continuación un estudio histopatológico de la biopsia es la mejor técnica para obtener el diagnóstico confirmatorio y diferencial, destacando la relevancia de todos los cambios que produce esta patología en la piel.

La psoriasis pustulosa se diagnostica con base en la presencia clínica de pústulas visibles en la piel eritematosa, recurrencia de la enfermedad y confirmación de histopatología y evidencia de evaluaciones genéticas y de laboratorio⁽⁵⁾ (Imagen 1 y 2).



Imagen 1: Psoriasis pustulosa localizada en la primera falange de la mano derecha. Fuente: foto cedida por la autora.



Imagen 2: Psoriasis pustulosa generalizada. Fuente: foto cedida por la autora.

EPIDEMIOLOGÍA:

La psoriasis se encuentra en un 3% de la población. Es más frecuente en Estados Unidos, seguido de Europa mientras que las tasas de incidencia más bajas se localizan en países africanos, China e India. En el caso concreto de la psoriasis pustulosa se trata de una enfermedad rara, poco frecuente que afecta a siete individuos por cada millón⁽⁶⁾.

Es más frecuente en el género femenino y la media de edad de los afectados es de cincuenta años⁽⁶⁾.

CAUSAS:

En un 25% de los casos hay antecedentes familiares y/o personales de psoriasis. Hay pacientes en los cuales no se puede identificar una causa, en otros individuos se ha podido ver que se debe a hipocalcemia, altos niveles de estrés, agentes irritantes, inmunodepresión, insuficiencia de vitamina D, litio, ictericia colestásica, fármacos como los antihipertensivos, yoduros y antipalúdicos o uso de esteroides sistémicos⁽⁷⁾.

El consumo de tabaco, consumo de alcohol, las infecciones locales como sinusitis crónica, amigdalitis, infección cutánea o infección dental y la alergia a metales dentales son también factores predisponentes de la enfermedad¹⁽¹⁰⁾.

Un reciente estudio realizado por Bachelez et al⁽⁸⁾ en Francia en el año 2018, reveló que en los pacientes con psoriasis pustular o enfermedades pustulares relacionadas pueden tener anomalías genéticas que deterioran la función clave del sistema inmune de la piel innata. La identificación de estas anomalías recientemente ha cambiado el paradigma de varias de estas enfermedades. Estos incluyen psoriasis pustular generalizada, psoriasis pustular palmoplantar y acrodermatitis continua de Hallopeau, y también erupción pustulosa generalizada exantematosa aguda inducida por fármacos.

Las mutaciones identificadas en IL36RN, CARD14 y AP1S3 en diferentes grupos de pacientes conducen a una cascada inflamatoria mejorada en varios subtipos celulares, incluidos los queratinocitos, y al reclutamiento y activación de neutrófilos y macrófagos. Estas ideas han revelado características fisiopatológicas que cambian los paradigmas existentes y enfatizan la naturaleza autoinflamatoria de los trastornos pustulosos de la piel. También, destacan el papel crucial del sistema inmune

FORMACIÓN DERMATOLÓGICA

innato en todas las entidades que pertenecen al espectro de la enfermedad de psoriasis⁽⁸⁾.

SÍNTOMAS:

En la psoriasis pustulosa la zona o región afectada se vuelve muy sensible y de color rojizo. Pueden aparecer pústulas en racimos pequeños y múltiples. Son de color amarillento y se producen en un fondo eritematoso. Las pústulas evolucionan desde un color amarillento a un color marrónáceo desapareciendo a los ocho o diez días. Aunque en aproximadamente en veinticuatro horas estas pústulas empiezan a unirse, secarse y descamarse en láminas. Por lo tanto es frecuente encontrar pústulas en diferentes momentos evolutivos⁽⁹⁾. Este proceso se cronifica, dando lugar a callosidades de color amarillento que pueden dar fisuras altamente dolorosas e invalidantes.

Cabe destacar que las regiones más comunes en las que pueden aparecer las pústulas son en las flexuras y zona anogenital, también pueden aparecer en la legua y bajo las uñas generando disfgia y pérdida de las uñas. La zona menos frecuente en la que aparece es en la cara⁽⁹⁾.

Entre los síntomas más frecuentes se encuentra un fuerte dolor, dificultad de movimiento, prurito o picor, ardor, trastornos sociales, bajo estado emocional, lesiones óseas inflamatorias estériles, cansancio, pérdida de peso, leucocitosis, y aumento de la velocidad de sedimentación globular.

En aquellos pacientes que presentan una afectación sistémica presentan síntomas tales como malestar general, lengua seca, fiebre, cefalea, escalofríos, náuseas, anorexia y un intenso dolor en las articulaciones. En ocasiones menos frecuentes los pacientes pueden presentar taquicardia, taquipnea y pirexia. A veces la psoriasis pustulosa se asocia a dolor torácico medio por osificación del cartílago en la zona de contacto entre la clavícula y la primera costilla, y el esternón.

Entre la sintomatología de los pacientes se puede destacar también una afectación psicológica y emocional por el impacto físico que supone esta enfermedad.

COMPLICACIONES:

Las complicaciones que pueden surgir en pacientes

con psoriasis pustulosa se encuentran las siguientes⁽⁹⁾:

- Malnutrición y mala absorción de nutrientes.
- Deshidratación.
- Afectación subungueal y pérdida de uñas.
- Ictericia.
- Hipocalcemia.
- Infección cutánea secundaria.
- Pérdida de pelo.
- Daño hepático.
- Necrosis tubular renal.
- Hipoalbuminemia.
- Sepsis.
- Fallo renal.
- Insuficiencia cardíaca.
- Dificultad respiratoria aguda.
- Muerte

TRATAMIENTO:

En primer lugar a nivel general resulta fundamental iniciar un estilo de vida saludable, abandonar el tabaco, ejercitarse, mantener un peso adecuado, cuidar la alimentación (aumentar el consumo de frutas, verduras, proteínas, pescado y agua), eliminar sustancias tóxicas y disminuir los niveles de estrés. Algunas sustancias naturales que en ocasiones pueden ser útiles son las infusiones desintoxicantes, el omega 3 y la luz solar⁽¹⁰⁾.

A nivel tópico se aconseja la aplicación por parte de enfermería de compresas y baños de solución salina o avena los cuales permiten calmar el dolor y desbridar las zonas afectadas. El uso de aceites humectantes es efectivo y también evita que los brotes sean tan agresivos, se recomiendan aplicar después del baño.

En el caso de episodios graves el tratamiento inmediato consiste en rehidratación, equilibrio hidroelectrolítico, nutrición y regulación de la temperatura corporal. Para ello resulta imprescindible la atención de enfermería. El objetivo que se debe conseguir es prevenir la eliminación de líquidos, evitar la infección y conseguir el equilibrio térmico y químico a nivel cutáneo⁽¹¹⁾.

El tratamiento debe regirse por el grado de afectación y la gravedad de la enfermedad. La acitretina, la ciclosporina, el metotrexato y el infliximab se consideran terapias de primera línea para las personas con psoriasis pustulosa generalizada.

Los esteroides orales se pueden emplear en aquellas personas que no responden a otros tratamientos. Adalimumab, etanercept y psoraleno más ultravioleta A son modalidades de segunda línea en este contexto. La

psoriasis pustulosa en niños, mujeres embarazadas y en formas localizadas altera qué agentes son modalidades de primera línea, ya que las preocupaciones como la teratogenicidad deben tenerse en cuenta en la toma de decisiones para el paciente individual⁽¹²⁾.

En el caso de psoriasis pustulosa localizada y palmoplantar el tratamiento se inicia con tratamiento tópico, terapia PUVA (cuando la etapa severa y el enrojecimiento ha pasado) acitretina, ciclosporina, metotrexato y fototerapia UVB.

Levin et al⁽¹³⁾ llevaron a cabo un estudio cuyo objetivo fue revisar la seguridad y la eficacia de los medicamentos biológicos en el tratamiento la psoriasis pustulosa e identificar estrategias para ayudar a los profesionales sanitarios manejar de manera óptima a estos pacientes.

Tanto en la psoriasis pustulosa eritrodérmica como en la generalizada, se utilizó infliximab para tratar más de la mitad de los casos notificados. Otros medicamentos biológicos que se usaron con éxito incluyeron etanercept, ustekinumab, adalimumab y anakinra. La mayoría de los casos informaron mejoría con la terapia biológica. Se informaron eventos adversos graves en el 10-12% de los pacientes.

Aunque la evidencia es limitada, la terapia biológica parece ser efectiva en el tratamiento de la psoriasis pustulosa eritrodérmica y generalizada. Estos autores remarcan que para evaluar la eficacia comparativa y la seguridad de los medicamentos biológicos, se necesitan estudios controlados más grandes.

La fototerapia con fotoquimioterapia (PUVA) es una modalidad bien conocida y bien estudiada para el tratamiento de la psoriasis, que implica la administración sistémica o tópica de productos químicos conocidos como psoralenos y la administración de luz ultravioleta en dosis crecientes después del intervalo de tiempo requerido. El PUVA induce la repigmentación mediante diversos mecanismos, como la estimulación de la melanogénesis, la inmunomodulación y la activación de factores de crecimiento, aunque el mecanismo exacto aún es especulativo⁽¹⁴⁾.

En el estudio de Kubo R et al⁽¹⁵⁾ llevado a cabo en el año 2017 en Japón, se pone de manifiesto que la terapia con baño de psoraleno más luz ultravioleta A (PUVA) es un tratamiento eficaz, seguro y económico para la psoriasis. La psoriasis podría deberse a una relación

desequilibrada de células Th17 y células T reguladoras (Treg). La relación funcional Treg es significativamente menor en pacientes con psoriasis en comparación con los controles y está inversamente correlacionada con el puntaje del área de psoriasis y el índice de gravedad. La terapia de PUVA incrementa significativamente el número de Treg y restaura la función de Treg a casi normal en la mayoría de los pacientes con psoriasis.

Los avances continuos en el tratamiento de la psoriasis y la mejora en la atención coordinada permitirán una mejor atención general de los pacientes con psoriasis.

CONCLUSIONES:

La psoriasis pustulosa es una patología poco frecuente, cuya etiología no es bien conocida lo cual no ha permitido encontrar un tratamiento definitivo.

Los pacientes que sufren esta enfermedad ven disminuida en gran medida su calidad de vida debido a las lesiones dérmicas y síntomas físicos y psicológicos que produce. Resulta fundamental realizar un diagnóstico precoz e iniciar los tratamientos disponibles lo más pronto posible.

Sin embargo se plantea la necesidad primordial de incrementar el número de estudios e investigaciones científicas dentro de este ámbito. De esta manera, se podrán descubrir nuevas y eficaces opciones terapéuticas basadas en evidencia para mejorar los síntomas y la calidad de vida en estos pacientes y si es posible llegar a conseguir una cura definitiva.

CONFLICTOS DE INTERÉS:

La autora declara que no existe conflicto de intereses en el presente trabajo.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Alfonso Valdés M.E. Inmunopatogenia de la psoriasis. Impacto en las manifestaciones clínicas y el tratamiento de la enfermedad. *Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter.* 2012;28(4): 357-73.
2. Mak RKH, Hundhausen C, Nestle FO. Progress in understanding the immunopathogenesis of psoriasis *Actas Dermosifiliogr.* 2009; 100(2): 2-13.
3. Shah M, Al Aboud DM, Crane JS, Kumar S. *Pustular Psoriasis.* [Book Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2019.

4. Navarini AA, Burden AD, Capon F, Mrowietz U, Puig L, Köks S, et al. European consensus statement on phenotypes of pustular psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017;31(11): 1792-9.
5. Ly K, Beck KM, Smith MP, Thibodeaux Q, Bhutani T. Diagnosis and screening of patients with generalized pustular psoriasis. *Psoriasis (Auckl)*. 2019; 9: 37-42.
6. Ortega Hernández A, Restrepo López N, Stefany Rosero Y, Úsuga Úsuga F, Correa Londoño LA, Marín Agudelo ND, et al. Características epidemiológicas, clínicas e histopatológicas de pacientes con psoriasis y factores asociados con las formas vulgar y pustulosa. *Dermatol Rev Mex*. 2018; 62(3):193-205.
7. Weisenseel P, Wilsmann-Theis D, Kahl C, Reich K, Mössner R. Pustular psoriasis. *Hautarzt*. 2016; 67(6): 445-53.
8. Bachelez H. Pustular psoriasis and related pustular skin diseases. *Br J Dermatol*. 2018; 178(3): 614-8.
9. Pfohler C, Muller CS, Vogt T. Psoriasis vulgaris and psoriasis pustulosa—epidemiology, quality of life, comorbidities and treatment. *Curr Rheumatol Rev*. 2013;9(1):2-7.
10. Flor García A, Martínez Valdivieso L, Menéndez Ramos F, Barreda Hernández D, Mejía Recuero M, Barreira Hernández D. Actualización en el tratamiento de la psoriasis. *Boletín Farmacoterapéutico de Castilla La Mancha*. 2013; XIV(1): 1-8.
11. Robinson A, Van Voorhees AS, Hsu S, Korman NJ, Lebwohl MG, Bebo BF Jr, Kalb RE. Treatment of pustular psoriasis: from the Medical Board of the National Psoriasis Foundation. *J Am Acad Dermatol*. 2012; 67(2): 279-88.
12. Hoegler KM, John AM, Handler MZ, Schwartz RA. Generalized pustular psoriasis: a review and update on treatment. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2018; 32(10): 1645-1651.
13. Levin EC, Debbaneh M, Koo J, Liao W. Biologic therapy in erythrodermic and pustular psoriasis. *J Drugs Dermatol*. 2014; 13(3): 342-54.
14. Shenoi SD, Prabhu S. Photochemotherapy (PUVA) in psoriasis and vitiligo. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2014; 80(6): 497-504.
15. Kubo R, Muramatsu S, Sagawa Y, Saito C, Kasuya S, Nishioka A, et al. Bath-PUVA therapy improves impaired resting regulatory T cells and increases activated regulatory T cells in psoriasis. *J Dermatol Sci*. 2017;86(1): 46-53.

LESIONES PODOLÓGICAS Y SALUD DE LOS PIES EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

PODIATRIC INJURIES AND FOOT HEALTH IN THE CANCER PATIENTS

Autores:  Elena Violeta Iborra-Palau

RN, Podóloga. Enfermera del Servicio de Dermatología del Hospital General Universitario de Valencia

Contacto: evioletaip@gmail.com

Fecha de recepción: 02/09/2019
Fecha de aceptación: 07/12/2019

Iborra-Palau EV. Lesiones podológicas y salud de los pies en pacientes oncológicos. *Enferm Dermatol.* 2019; 13(38): 16-22. doi: 10.5281/zenodo.3574457

RESUMEN:

Objetivo: Conocer las lesiones podológicas del paciente oncológico, qué importancia dan a mantener una buena salud en sus pies y cuál es su opinión sobre la atención podológica.

Metodología: Estudio descriptivo transversal realizado en febrero y marzo del 2017 en el Hospital Universitario y Politécnico La Fe, mediante un cuestionario auto cumplimentado elaborado ad-hoc. En el cuestionario se recogen cinco grupos de variables: sociodemográficas, relacionadas con el estado de salud de los pies, relacionadas con la atención podológica recibida, relacionadas con las comorbilidades padecidas y relacionadas con el nivel de conocimientos acerca de la podología y sus profesionales.

Resultados: De una muestra de n=100 pacientes, 53 mujeres y 47 hombres, un 44% observó algún cambio en sus pies. La parestesia en miembros inferiores fue la alteración más frecuente seguida de la sequedad cutánea. La frecuencia de dolor ungueal y dolor generalizado de pies fue del 27% y 22% respectivamente. Solo el 50% había acudido alguna vez al podólogo para cuidarse los pies.

Conclusiones: Las parestesias, el entumecimiento, la sequedad y el dolor generalizado son los síntomas que se dan con más frecuencia en los pies de pacientes oncológicos. La atención podológica puede ayudar a abordar adecuadamente los cuidados de la piel en patologías podológicas; sería bueno incluirla en la cartera de servicios de la sanidad pública.

Palabras clave: Paciente oncológico, quimioterapia, patología podológica, atención podológica.

ABSTRACT:

Objective: To know the podiatric lesions of the cancer patient, how important they are to maintain good health in their feet and what is their opinion about podiatric care.

Methodology: Cross-sectional descriptive study conducted in February and March 2017 at the La Fe University and Polytechnic Hospital, using a self-completed questionnaire prepared ad-hoc. The questionnaire includes five groups of variables: sociodemographic, related to the state of health of the feet, related to the podiatric care received, related to the comorbidities suffered and related to the level of knowledge about of podiatry and its professionals.

Results: Of a sample of n=100 patients, 53 women and 47 men, 44% observed some change in their feet. Paresthesia in the lower limbs was the most frequent alteration followed by cutaneous dryness. The frequency of nail pain and generalized foot pain was 27% and 22% respectively. Only 50% had ever visited the podiatrist to take care of their feet.

Conclusions: Paresthesia, numbness, dryness and generalized pain are the most frequent symptoms in the feet of cancer patients. Podiatric care can help to adequately address skin care in podiatric pathologies; it would be good to include it in the portfolio of public health services.

Keywords: Cancer patient, chemotherapy, podiatric pathology, podological attention.

INTRODUCCIÓN:

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

El cáncer, según la Organización Mundial de la Salud, es una de las principales causas de morbilidad a nivel mundial. Se prevé que el número de casos aumentará un 70% en los próximos años⁽¹⁾. Concretamente en España el cáncer se sitúa como primera causa de muerte en varones y segunda en mujeres, diagnosticándose cada año 162.000 nuevos casos⁽²⁾.

La mayoría de los cánceres más comunes, como es el caso de pulmón, próstata y colorrectal⁽³⁾, exceptuando el de mama⁽⁴⁻⁶⁾, se diagnostican a partir de los 65-70 años⁽⁷⁻¹⁰⁾. Cerca de 2 millones de casos de cáncer cada año padecen algún tipo de infección, situación que exacerba el estado de vulnerabilidad de estas personas⁽¹¹⁾.

El estado general del paciente oncológico se ve mermando por una serie de cambios debidos a su propia enfermedad: alteraciones inmunológicas, síndrome paraneoplásico, síndrome de caquexia tumoral...^(12,13). Estas alteraciones modifican las condiciones de salud y aumentan el riesgo de infecciones, daño vascular y neuropático, y finalmente se ven reflejadas en el estado de salud podológica del paciente oncológico.

Existen diversas situaciones donde, dependiendo de las características o tipo de cáncer, se producirán daños directos en los pies (Imagen 1). Entre ellas se encuentra el glucagonoma pancreático, asociado a dermatosis necrótica de afección podal^(14,15), acrometástasis de miembros inferiores⁽¹⁶⁾ y cualquier tipo de cáncer que afecte a la estructura del pie (melanoma acral, carcinoma subungueal)^(17,18).

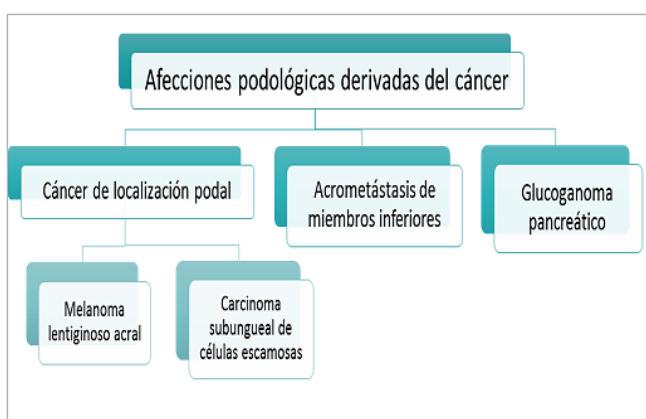


Imagen 1: Afecciones podológicas derivadas del cáncer.

El tratamiento del cáncer se basa principalmente en radioterapia y quimioterapia, los efectos adversos son diversos, desde cefaleas, vómitos, diarrea y malestar general hasta hipertensión arterial, daño microvascular, retraso en la cicatrización de heridas, favorecimiento de las complicaciones hemorrágicas, reacciones cutáneas

y compromiso de la integridad cutánea⁽¹⁹⁾. Todos estos cambios afectarán principalmente a miembros inferiores^(20,21) y comprometerán la autonomía de la persona afectada, menguando su calidad de vida de forma notoria⁽²²⁾.

Existen cambios específicos derivados de la quimioterapia que afectarán principalmente a la salud dermatológica de miembros inferiores (Imagen 2). Entre ellos se encuentra el síndrome de eritrodisestesia palmoplantar, por acúmulo de quimioterápico en las glándulas ecrinas⁽²³⁾, neuropatía periférica con la consecuente aparición de parestesias, debilidad muscular, dolor, inestabilidad lateral de tobillo y deformidades crónicas en el pie^(24,25). Y, cambios ungüeles importantes: onicolisis, onicomadesis⁽²⁶⁾, onicorrexis⁽²⁷⁾, surcos de beau⁽²⁸⁾, onicomiosis⁽²⁹⁾, paroniquia⁽³⁰⁾ y granuloma periungüal^(31,32).

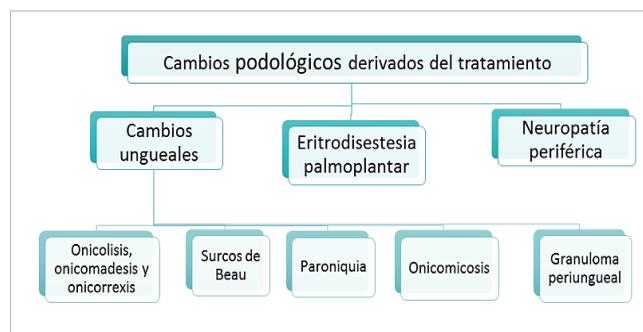


Imagen 2: Afecciones podológicas derivadas del tratamiento quimioterápico.

Si a los efectos del tratamiento oncológico añadimos que estos pacientes, en muchos casos, también presentan enfermedades concomitantes, como pueden ser diabetes mellitus^(33,34) o enfermedad cardiovascular, el desarrollo de úlceras de riesgo y además, son pacientes de edad avanzada⁽³⁵⁾, el resultado que se obtiene son personas con salud podológica en riesgo.

El objetivo principal del estudio fue conocer las lesiones podológicas que presentan los pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia en hospital de día del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia.

Los objetivos específicos del estudio fueron:

- Conocer qué importancia dan a mantener una buena salud en sus pies.
- Determinar a qué profesional acuden cuando aparece una alteración podológica.
- Valorar el grado de conocimientos que tienen estos pacientes acerca del profesional de la podología.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo transversal que se realiza desde el 1 de febrero hasta el 31 de marzo de 2017 en el Hospital Universitario y Politécnico de la Fe de Valencia.

Los criterios de inclusión fueron: ser pacientes oncológicos del Hospital de Día de Adultos de la Fe que acuden a recibir tratamiento y tener más de 18 años. Los criterios de exclusión: padecer algún tipo de discapacidad mental o alteración cognitiva que no permita la comprensión y participación en el tipo de estudio. Las variables a estudio se presentan en las **tablas del 1 al 5**.

Grupo 1: Variables "Sociodemográficas"	
V1. Edad: Variable discreta expresada en años	V2. Sexo: Variable dicotómica: Masculino o Femenino

Tabla 1: Variables sociodemográficas

Grupo 2: Variables "Relacionadas con la patología podológica"	
Hacen referencia al estado de salud de los pies.	
V3. Cambios en los pies	V4. Cambios ungueales
V5. Hematoma	V6. Grosor
V7. Micosis	V8. Onicocriptosis
V9. Dolor ungueal	V10. Caída
V11. Percepción estado	V12. Hormigueo
V13. Hiperqueratosis	V14. Deshidratación
V15. Úlcera	V16. Dolor general

Tabla 2: Variables sobre patología podológica.

Grupo 3: Variables "Enfermedades Concomitantes"	
V17. Diabetes	V18. Úlcera diabética
V19. Amputación	V20. Colesterol
V21. Enfermedades C.V. (cardiovasculares)	

Tabla 3: Variables sobre enfermedades concomitantes.

Grupo 4: Variable "Atención"
V22: Hace referencia al lugar o profesional donde el paciente acude cuando presenta algún problema en el pie.

Tabla 4: Variables sobre atención prestada.

Grupo 5: Variables "Competencias"	
Se recogen todas las variables que hacen referencia al grado de conocimiento e importancia que tiene el paciente acerca de la profesión podológica y el cuidado de sus pies.	
V23. Percepción cuidado	V24. ABVD (Actividades básicas de la vida diaria)
V25. Grado de importancia. (Escala ordinal con el grado de importancia que da el paciente a unos pies sanos)	V26. Podólogo/a
V27. Corta y lima	V28. Callos
V29. Verrugas	V30. Úlceras
V31. Cirugía ungueal	V32. Cirugía osea
V33. Soportes Plantares	V34. Grado Universitario

Tabla 5: Variables sobre competencias podológicas.

Para la realización y recogida de los datos el presente estudio contó con el dictamen favorable del Comité Ético de Investigación Biomédica del Hospital de Universitario y Politécnico La Fe, con número de registro 2016/0583.

El sistema utilizado fue un cuestionario auto-cumplimentado elaborado ad-hoc, donde se recopilan cinco tipos de variables: sociodemográficas, estado de salud de los pies, atención podológica recibida, comorbilidades padecidas y nivel de conocimientos acerca de la podología y sus profesionales.

Para el diseño del cuestionario nos apoyamos en la revisión de la literatura científica siguiendo las propuestas de Argimón y Jiménez en "Diseño de Cuestionarios"⁽³⁶⁾. Con relación a la selección del formato de respuesta se combinó el formato de checklist con respuesta SI/NO y una escala de tipo Likert para las preguntas que precisaban valoración. En la evaluación del contenido y del constructo del cuestionario se utilizó el método de informadores clave en un grupo de 5 podólogos pertenecientes a la Asociación Nacional de Enfermería Dermatológica (ANEDIDIC) y para el análisis de la fiabilidad y de la consistencia se utilizó el test-retest sobre una muestra consecutiva de los 5 primeros pacientes, con un intervalo de 5 días.

Para analizar los resultados se utiliza el paquete estadístico R⁽³⁷⁾. Primero se realiza un análisis descriptivo, posteriormente, con objeto de estudiar la posible asociación entre cada par de variables binarias se aplica un test de Fisher para tablas 2 x 2. En este caso, la hipótesis nula que se contrasta es que las dos variables analizadas sean independientes frente a que tengan algún tipo de dependencia. Se realizan un gran número de contrastes y para evitar una tasa de falsos positivos elevada se corrigen los p-valores originales mediante el procedimiento de Benjamini-Hochberg. Para cuantificar el grado de dependencia para cada uno de los cruces se utiliza el odds ratio, y un intervalo de confianza al nivel 0,95.

Para finalizar se realizan regresiones logísticas entre cada una de las variables del grupo 2 que define el estado de salud podológica, que se denominarán "variables respuesta" y las demás variables que se denominarán "variables predictoras". De esta forma, se puede obtener cuál de las variables predictoras está influyendo de forma significativa a la hora de hacer aparecer la variable respuesta.

RESULTADOS:

El tamaño de la muestra fue de n=100 pacientes, 53 mujeres y 47 hombres. Del total de esta, 44 personas dicen haber sentido algún cambio en los pies y 38 personas específicamente en las uñas. La parestesia en miembros inferiores es el cambio que más se da, en concreto

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

en 47 personas, seguido de 31 pacientes que dice notar la piel más seca y deshidratada (Imagen 3).

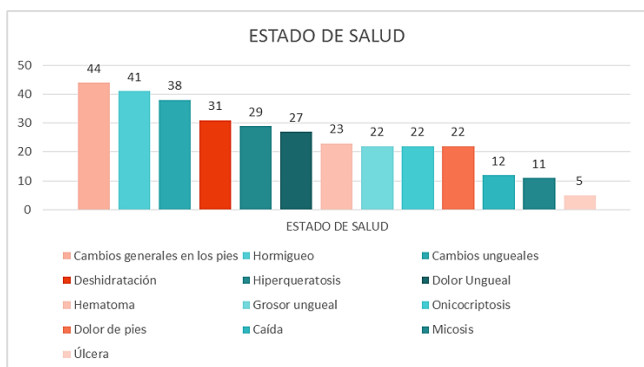


Imagen 3: Estado de salud de los pies.

De las enfermedades concomitantes que presenta la muestra, la diabetes es padecida por 21 personas, el colesterol por 19, y la enfermedad de índole cardiovascular es sufrida por 18 personas.

En cuanto al profesional de referencia para el cuidado de los pies, la mitad de la muestra dice acudir al podólogo, frente a 18 personas que acude al médico de cabecera, otro pequeño grupo acudiría al hospital o a otros profesionales como el dermatólogo, quedando 14 personas sin contestar.

Respecto a la percepción del cuidado de los pies y las uñas, la mayoría cree tener un buen cuidado de ambos y hacer lo correcto para mantenerlos saludables, pero 22 pacientes afirman no poder dedicarse con normalidad a realizar las actividades básicas de la vida diaria por algún problema en sus pies. La mitad de los pacientes da una importancia de más de 9 puntos en una escala ordinal de grado de importancia a mantener unos pies saludables (Imagen 4).

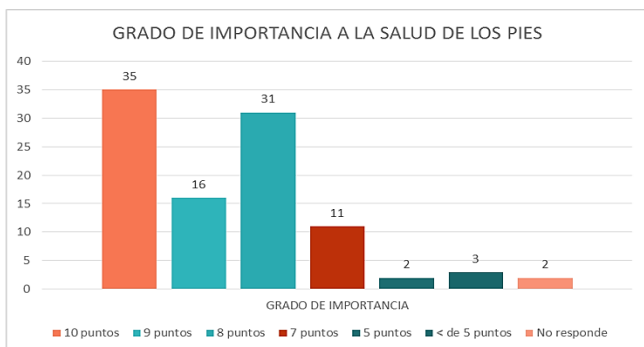


Imagen 4: Grado de importancia a mantener una buena salud podológica.

Casi la mitad de la muestra dice haber acudido alguna vez al podólogo. Al analizar los conocimientos que tienen los pacientes acerca del podólogo, estos deben

marcar de un listado de competencia aquellas que creen que el podólogo puede desempeñar. Se observa que la mayoría de pacientes sabe que el podólogo tiene competencia para cortar y fresar uñas, pero más de la mitad de pacientes, 58 de ellos, cree que el podólogo no está capacitado para tratar úlceras ni papilomas. De los encuestados, 69 cree que el podólogo no puede realizar cirugía ósea, poco más de los encuestados sí atribuye la cirugía ungüeal como competencia del podólogo.

Al realizar el cruce de variables binarias se presentan los resultados más relevantes: Son las personas del sexo femenino las que acuden con más frecuencia al podólogo, las personas que sufren parestesias son a su vez las que más refieren dolor general en los pies y también existe dependencia cuando se trata de aparición en cambios en las uñas y en los pies.

Tras realizar las regresiones logísticas se establece, con p-valores < 0,05, por un lado, que las personas que presentan algún cambio en los pies o en las uñas son las que contestan que creen que los cuidados que realizan en sus pies son suficientes (tablas 6 y 7).

VARIABLE	P - VALOR
Cambios en los pies	
Percepción Cuidados. Si	0.0046

Tabla 6: P-valor para las variables cambios en los pies y percepción del autocuidado de los pies.

VARIABLE	P - VALOR
Cambios en las uñas	
Percepción Cuidados. Si	0.0015

Tabla 7: P-valor para las variables cambios en las uñas y percepción del autocuidado de los pies.

Por otro lado, las persona que tienen dificultades para realizar las actividades básicas de la vida diaria, son aquellas que mayor dolor presentan (tabla 8). Se obtiene una respuesta estadísticamente significativa con una p-valor en el límite para la variable predictora "enfermedad cardiovascular", cuando el paciente la presenta (tabla 9). La disminución del aporte de riego sanguíneo provoca cambios en la morfología y grosor de las uñas.

DISCUSIÓN:

En el presente estudio se han puesto de manifiesto patologías podológicas que afectan a una muestra de pacientes oncológicos en tratamiento quimioterápico. Existen multitud de estudios donde se relacionan lesiones específicas que afectan al pie con el quimioterápico de elección^(20,23,25,31,38).

Aunque en nuestro estudio se desconocía el quimioterápico al que estaban expuestos los pacientes, existen estudios que los relacionan con lesiones específicas, como el trabajo de Vizcaíno⁽²⁵⁾ que pone de manifiesto la neurotoxicidad producida por bortezomib, con el consecuente aumento de síntomas neuropáticos como las parestesias, que fue una de las alteraciones más frecuentes que presentaron los pacientes de nuestro estudio.

Respecto a las lesiones ungueales, pese a estar clásicamente asociadas con gran frecuencia al tratamiento quimioterápico, como el reporte de Tejera et al⁽³⁹⁾ o el de Chang et al⁽⁴⁰⁾, que asocian la onicolisis y exudado del hiponiquio a la capecitabina, en nuestro estudio aparecieron con una frecuencia ligeramente menor (38%), que las parestesias y sensación de hormigueo (41%).

Las variables como el dolor o la valoración de la incapacidad y calidad de vida, son ampliamente estudiadas en trabajos dedicados al paciente oncológico⁽⁴¹⁾, pero no se encuentran estudios que especifiquen el dolor de localización podológica en pacientes con cáncer y tratamiento quimioterápico. Este estudio sí que aportó la frecuencia de dolor ungueal y dolor generalizado de pies, 27% y 22% respectivamente.

Otro de los aspectos que aporta el presente estudio es el análisis de la percepción que tiene el paciente oncológico acerca del podólogo, el conocimiento de sus competencias y la frecuencia con la que acuden a este profesional. Aunque existen trabajos que estudian la percepción de la población y el uso que hace esta de los servicios podológicos como los de López DL et al^(35,42), estos no se enfocan en un grupo de población específico como el oncológico. Pero, se extraen algunos datos coincidentes con el estudio desarrollado: Se da una importancia elevada al cuidado de los pies, y son las mujeres las que acuden con mayor frecuencia al podólogo⁽³⁵⁾.

A pesar de que existen estudios donde se evidencia patología podológica en este tipo de pacientes^(23,31,32) estos estudios no son realizados por podólogos. El proyecto que se ha llevado a cabo muestra que los pacientes oncológicos están padeciendo lesiones y cambios en los pies, pero, sin embargo, el podólogo no está participando de forma habitual en su cuidado ni en la investigación de estos. Al realizar una búsqueda de información para observar la aparición del podólogo como profesional de referencia en estos casos, se encuentra el "Manual para el paciente oncológico y su familia", donde se habla de forma extensa de las

complicaciones que pueden aparecer durante el proceso de enfermedad y tratamiento del paciente y la forma de abordarlas, pero en él no ha participado ningún podólogo, ni se hace referencia a este profesional cuando de problemas podológicos se trata⁽⁴³⁾.

Pocos son los estudios donde se valora la actuación del podólogo ante lesiones importantes producidas por la quimioterapia como la eritrodisestesia palmoplantar⁽⁴⁴⁾. Ante un paciente con estas características se debería proporcionar una atención podológica especializada y personalizada. En la legislación vigente donde se regulan las competencias del podólogo (Orden CIN/728/2009, de 18 de marzo)⁽⁴⁵⁾, este, puede abarcar todo tipo de situaciones que afecten al pie. A su vez, es responsabilidad del podólogo conocer y comprender todos y cada uno de los perfiles de pacientes que pueden presentar patología podológica.

Por tanto, a pesar de la legislación vigente, y haciendo referencia en concreto a la Ley 44/2003 de Ordenación de Profesionales Sanitarios⁽⁴⁶⁾, donde se reconoce al profesional de la podología como parte del equipo de salud multidisciplinar, y cuyos objetivos son dotar al sistema sanitario de un marco legal que contemple los recursos necesarios para integrar a todos los profesionales sanitarios en el servicio público y privado, para la mejora del cuidado integral del paciente; el podólogo/a todavía no se encuentra presente en el equipo dentro de la práctica diaria, sobretudo en cuanto a la vertiente pública se refiere. Esta situación se convierte en un hándicap importante, a la hora de que el paciente oncológico reciba atención podológica.

CONCLUSIONES:

Como conclusión, en la población oncológica de nuestro estudio, las parestesias, el entumecimiento, la sequedad y el dolor generalizado son los síntomas que se dan con más frecuencia en los pies. El dolor que aparece con la patología podológica repercute en las actividades básicas de la vida diaria y en la reducción de la calidad de vida. Así mismo, el grosor y la falta de elasticidad de las uñas se asocia a padecer enfermedad cardiovascular.

Referente al cuidado de los pies, es un tema a tener en cuenta por los pacientes, acudiendo a una variedad de profesionales para sus cuidados (podólogos, dermatólogos, médico de familia, enfermería...). Las mujeres son las que acuden mayoritariamente al podólogo, siendo este profesional un referente que podría aportar conocimiento y experiencia en abordar también cuidados de la piel en patología podológicas.

CONFLICTOS DE INTERÉS:

La autora manifiesta no tener conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Cáncer [página web]. Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2019 [Actualización 12 de septiembre de 2018].
2. Prevención [página web]. Madrid: Sociedad Española de Oncología Médica; 2019 [actualización 10 de diciembre de 2018].
3. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*. 2015;136(5):E359-86.
4. Sala M, Salas D, Zubizarreta R, Ascunce N, Rué M, Castells X, et al. Situación de la investigación en el cribado de cáncer de mama en España: implicaciones para la prevención. *Gac Sanit (Barc)*. 2012;26(6):574-81.
5. Natal C, Caicoya M, Prieto M, Tardón A. Incidencia de cáncer de mama en relación con la participación en un programa de cribado poblacional. *Med Clín (Barc)* 2015;144(4):156-60.
6. Rodríguez CML, Pérez JMH. Importancia del diagnóstico precoz en el cáncer de mama. *Revista Cubana de Tecnología de la Salud* 2016;7(1):67-76.
7. Cózar J, Miñana B, Gómez-Veiga F, Rodríguez-Antolín A, Villavicencio H, Cantalapiedra A, et al. Registro nacional de cáncer de próstata 2010 en España. *Actas Urol Esp*. 2013;37(1):12-9.
8. de la Orden, S Granado, Requejo CS, Viqueira AQ. Situación epidemiológica del cáncer de próstata en España. *Actas Urol Esp*. 2006;30(6):574-82.
9. Hernández-Hernández J, de Vega-Herrero MM, Iglesias-Heras M, García-García R, Hernández-Terciado F, Celdrán-Gil J. Cáncer de pulmón en la provincia de Ávila. Tasas de incidencia, epidemiología del año 2012 y tendencias en los últimos 20 años. *SEMERGEN*. 2015;41(7):362-9.
10. Sánchez De Cos Escuín J. El cáncer de pulmón en España. Epidemiología, supervivencia y tratamiento actuales. *Arch Bronconeumol*. 2009;45(7): 341-8.
11. De Martel C, Ferlay J, Franceschi S, Vignat J, Bray F, Forman D, et al. Global burden of cancers attributable to infections in 2008: a review and synthetic analysis. *Lancet Oncology*. 2012;13(6):607-15.
12. Martínez BM, Poveda MD, Jiménez DA, Villaverde RM. Protocolo diagnóstico y terapéutico del síndrome de anorexia y caquexia tumoral. *Medicine*. 2013;11(25):1544-7.4
13. López-Riverol O, Camacho-Limas CP, Gerson-Cwilich R. Síndromes paraneoplásicos. Diagnóstico y tratamiento. *Rev Hosp Juárez Méx*. 2016;83(1-2):31-40.
14. Cardoso Filho, Florentino de Araújo, Feitosa RGF, Fachine COC, Matos, Carlos Márcio Melo de, Cardoso AL, Cardoso DL. Glucagonoma syndrome associated with necrolytic migratory erythema. *Rev Assoc Méd Brasil*. 2015;61(3):203-6.
15. Rodríguez G, Vargas E, Abaúnza C, Cáceres S. Necrolytic migratory erythema and pancreatic glucagonoma. *Biomédica*. 2016;36(2):176-181.
16. Munoz EE, Ocana DR, García AMM, Zarzuela CP. Acrometástasis en miembro inferior por adenocarcinoma pulmonar. *Gac Mex Oncol*. 2016;15(1):40-2.
17. Govea YS, Gámez SG, Pérez MG. Melanoma lentiginoso acral en una paciente adulta. *MEDISAN* 2016;20(2).
18. Padilha CB, Balassiano LK, Pinto JC, Souza FC, Kac BK, Treu CM. Subungual squamous cell carcinoma. *An Bras Dermatol*. 2016;91(6):817-9.
19. seom.org; [Sociedad Española de Oncología Médica \[Sede Web\]](http://www.seom.org). Madrid: SEOM; 2019.
20. Jung S, Sehoul J, Patzelt A, Lademann J. Influence of mechanical stress on palmoplantar erythrodysesthesia: a case report. *Oncol Res Treat*. 2015;38(1-2):42-4.
21. Nakamura T, Hashiguchi A, Suzuki S, Uozumi K, Tokunaga S, Takashima H. Vincristine exacerbates asymptomatic Charcot-Marie-Tooth disease with a novel EGR2 mutation. *Neurogenetics*. 2012;13(1): 77-82.
22. Vázquez I, Olivares AM, Avilés AG. Trastornos podiátricos, riesgo de caídas y dolor en adultos mayores. *Aten Familiar*. 2016;23(2):39-42.

23. Templeton AJ, Ribi K, Surber C, Sun H, Schmitz SH, Beyeler M, et al. Prevention of palmar–plantar erythrodysesthesia with an antiperspirant in breast cancer patients treated with pegylated liposomal doxorubicin. *Breast*. 2014;23(3):244-9.
24. Szigeti K, Lupski JR. Charcot–Marie–Tooth disease. *Euro J Hum Gens*. 2009;17(6):703-10.
25. Vizcaíno SE. Neuropatía periférica en pacientes sometidos a tratamiento con bortezomib. Implicación enfermera. *Ágora Enferm*. 2015;19(1):34-5.
26. Chang P, Escalante K. Onicomadesis: descripción de 12 pacientes. *DCMQ*. 2013;11:89-93.
27. Meseguer P, Abad S, Cid E. Alteración ungueal. *Cad Aten Primaria*. 2013.; 19(4): 191-3.
28. Chang P. Surcos de Beau. Reporte de 20 casos. *Dermatología CMQ*. 2010;8(4):236-40.
29. Gatica JL, Arceu M, Muñoz L, Espinoza M, Sazunic I, Honeyman J, et al. Onicomicosis: comparación de tres métodos diagnósticos en pacientes del Archipiélago Juan Fernández. *Piel* 2017.
30. Lomax A, Thornton J, Singh D. Toenail paronychia. *Foot Ankle Surg*. 2016;22(4):219-23.
31. Vera K, Ruiz M, Del Puerto T. Granuloma periungueal secundario a cetuximab. *Rev Chilena Dermatol*. 2013;29 (4):389-96.
32. Patruno C, Balato N, Cirillo T, Napolitano M, Ayala F. Periungual and subungual pyogenic granuloma following anti-TNF- α therapy: is it the first case? *Derma Therapy*. 2013;26(6):493-5.
33. Rincón Y, Gil V, Pacheco J, Benítez I, Sánchez M. Evaluación y tratamiento del pie diabético. *Rev Venez Endocrinol Metab*. 2012;10(3):176-87.
34. Salah S, Rekik M, Youssef IBH, Boudokhane S, Migaou H, Jellad A, et al. Musculoskeletal disorders in diabetes mellitus patients in a Physical Medicine and Rehabilitation department. *An Phy Rehab Med* 2016;59:e115-e6.
35. López DL, Mira RG, Tajés FA, López LL. Análisis del Perfil y Estilo de Vida de las personas con Patologías en los Pies. *Rev Inter Cien Podol* 2010;4(2):49.
36. Argimón JM, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. *Cap* 2004;4:29-31.
37. Core Team. R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. (2018).
38. Mols F, Beijers T, Lemmens V, van den Hurk, Corina J, Vreugdenhil G, van de Poll-Franse, Lonneke V. Chemotherapy-induced neuropathy and its association with quality of life among 2-to 11-year colorectal cancer survivors: results from the population-based PROFILES registry. *J Clin Oncol*. 2013;31(21):2699-707.
39. Tejera A, Bosch RJ, López N, Herrera E. Onicosis con exudado del hiponiquio secundaria a quimioterapia con paclitaxel y capecitabina. *Act Dermo Sifiliogr*. 2006;97(8):536-8.
40. Chang P, Leiva CAB. Onicopatía por capecitabina. *Dermatología CMQ*. 2009;7(2):141-4.
41. Pedraza EM, González VE, Medina J I, Rodríguez LL. Caracterización clínica del dolor y la calidad de vida en pacientes con tumores malignos. *Rev Univer Méd Pinareña*. 2019;15(2).
42. López DL, Mira RG, Tajés FA, López LL. Análisis de la Prevención Podológica. Un estudio a través de Internet. *Rev Int Cien Podol*. 2012;6(2):63.
43. De Cáceres ML, Ruiz F, Germà JR, Carlota C. Manual para el paciente oncológico y su familia. 1º ed. España: Egraf. S.L; 2007.
44. Adánez LM, Arroyo JCM. Actuación del podólogo ante la eritrodismestesia palmoplantar o síndrome mano-pie. *Podoscopio*. 2016(71):1620-5.
45. Orden CIN/728/2009, de 18 de marzo, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Podólogo. BOE, 26 de marzo de 2009; 73: Sección I. Disposiciones Generales
46. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE; 22 noviembre 2003;280: Sección I: Disposiciones Generales.

LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN COMO HERRAMIENTA DE ANÁLISIS, EVALUACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE HERIDAS CRÓNICAS Y NEOPLÁSICAS. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

INFORMATION AND COMMUNICATION TECHNOLOGIES AS A TOOL FOR ANALYSIS, EVALUATION AND CLASSIFICATION OF CHRONIC AND NEOPLASM WOUNDS. A SYSTEMATIC REVIEW

Autores:  Alberto Pérez-Paredes ^{(1) (*)},  Adán Álvarez-Ordiales ⁽²⁾,  Evelin Balaguer-López ⁽³⁾,  Juan Gómez-Salgado ⁽⁴⁾,  María Ángeles Ferrera-Fernández ⁽⁵⁾,  Pablo García-Molina ⁽⁶⁾.

(1) Enfermero. Máster en Enfermería Oncológica. Colaborador investigador de la Unidad Enfermera de Úlceras y Heridas Complejas. Hospital Clínico Universitario de Valencia

(2) Enfermero. Coordinador de la Unidad Enfermera de Úlceras y Heridas Complejas. Hospital Clínico Universitario de Valencia

(3) Enfermera. Doctoranda por la Universidad de Valencia. Profesora Asociada Departamento Enfermería Universitat de València. Especialista en Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Grupo Nutrición Pediátrica INCLIVA (Valencia).

(4) Doctor por la Universidad de Huelva. Profesor Ayudante Doctor en Facultad de Enfermería, Universidad de Huelva (España). Universidad Espíritu Santo, Guayaquil. (Ecuador).

(5) Doctora por la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Profesora Asociada. Departamento Enfermería. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Especialista en Enfermería Pediátrica.

(6) Enfermero. Doctor por la Universidad de Alicante. Profesor Ayudante Doctor Departamento Enfermería Universitat de València. Especialista en Enfermería Pediátrica. Grupo Nutrición Pediátrica INCLIVA (Valencia).

Contacto: alpe1591@gmail.com

Fecha de recepción: 30/08/2019
Fecha de aceptación: 15/10/2019

Pérez-Paredes A, Álvarez-Ordiales A, Balaguer-López E, Gómez-Salgado J, Ferrera-Fernández MA, García-Molina P. Las tecnologías de la información y comunicación como herramienta de análisis, evaluación y clasificación de heridas crónicas y neoplásicas. Una revisión sistemática. *Enferm Dermatol.* 2019; 13(38): 23-29. doi: 10.5281/zenodo.3574523

RESUMEN:

Objetivo: Analizar el tipo de información aportada por las diferentes tecnologías de la información y comunicación (TIC) disponibles para el análisis, gestión o evaluación de heridas crónicas y lesiones de origen neoplásico, así como su impacto en los cuidados de las mismas, en términos de valoración y resolución de las lesiones.

Metodología: Se realizó una revisión sistemática usando las recomendaciones de la Cochrane Collaboration. Se utilizaron las bases de datos MEDLINE (a través de PubMed), Web Of Science y SCOPUS. La estrategia de búsqueda para cada base de datos se ha perfilado en torno a cuatro conjuntos conceptuales: Heridas crónicas y lesiones neoplásicas, procesamiento de imagen digital, tipo de tecnología utilizada y datos obtenidos de este proceso.

Resultados: De los cuatro artículos utilizados para la consecución de los objetivos, en tres de estos artículos se utilizaba el análisis y procesamiento de imagen digital para la clasificación y evaluación de heridas. En dos de los estudios analizados se utilizaba un dispositivo móvil

o "smartphone" para la realización de fotografías, mientras que en los otros se diseñaron dispositivos específicos para esta tarea.

Conclusiones: No hay evidencia con los criterios de búsqueda utilizados que demuestren que los datos obtenidos del análisis y evaluación de heridas crónicas o neoplásicas mediante el uso de las TIC influyan en los cuidados o en la resolución de las mismas o aporten información más precisa sobre su estado que el análisis manual o visual.

Palabras clave: Heridas y lesiones, Úlcera, Neoplasia, Procesamiento de imágenes, Tecnología, Colorimetría.

ABSTRACT:

Objective: To analyze the type of information provided by the different information and communication technologies (ICT) available for the analysis, management or evaluation of chronic wounds and lesions of neoplasms origin, as well as their impact on care of them, in terms of assessment and resolution of injuries.

Methodology: A systematic review was carried out using the recommendations of the Cochrane Collaboration. The MEDLINE databases (through PubMed), Web Of Science and SCOPUS were used. The search strategy for each database has been outlined around four conceptual sets: Chronic wounds and neoplastic lesions, digital image processing, type of technology used and data obtained from this process.

Results: Of the four articles used to achieve the objectives, three of these articles used the analysis and processing of digital images for the classification and evaluation of wounds. In two of the studies analyzed, a mobile device was used or “smartphone” for taking photographs, while the others designed specific devices for this task.

Conclusions: There is no evidence with the search criteria used that demonstrate that the data obtained from the analysis and evaluation of chronic or neoplastic wounds through the use of ICTs influence the care or resolution of the same or provide more accurate information about its state than manual or visual analysis.

Keywords: Wounds and injuries, Ulcer, Neoplasm, Image processing, Technology, Colorimetry.

INTRODUCCIÓN:

Las heridas crónicas, o también llamadas “hard-to-heal wounds”⁽¹⁾ son heridas cuya curación se prolonga en el tiempo, con un aumento progresivo del número de síntomas que afectan a la calidad de vida de los pacientes. En estas lesiones, no se obtiene el resultado esperado mediante el uso de las terapias habituales, sobre todo en la población anciana que, además, presentan comorbilidades significativas⁽¹⁾.

La secuencia controlada de eventos que se pueden observar en heridas agudas cuando se “estancan” o cronifican, tienen lugar en una o varias de las cuatro etapas del proceso de curación normal de las heridas⁽²⁾: hemostasia, inflamación, proliferación y maduración o remodelación. Estas fases están secuencialmente reguladas por las acciones de las quimioquinas, citoquinas, factores de crecimiento y proteasas⁽²⁾, no obstante, este proceso no es lineal, ya que a menudo las heridas pueden progresar tanto hacia adelante como hacia atrás a través de estas fases, dependiendo de los factores intrínsecos y extrínsecos de cada paciente.

Incluso con una cuidadosa evaluación de estas heridas, puede ser extremadamente difícil la identificación de

de la etiología de las mismas debido a los múltiples factores subyacentes⁽²⁾. A menudo, las heridas más difíciles de diagnosticar y tratar son las que no encajan en las categorías de herida crónica (diabéticas, venosas, arteriales y/o de presión) debido a comorbilidades como la inflamación, malignidad y anemia⁽²⁾. No obstante, estas heridas atípicas como el pioderma gangrenoso, la vasculitis o el carcinoma de células escamosas, cumplen con los mismos principios holísticos en su abordaje que las heridas crónicas⁽²⁾.

Dentro de las lesiones clasificadas como heridas crónicas podemos encontrar las úlceras por presión⁽³⁾, las úlceras de etiología arterial⁽⁴⁾ cuando existe una isquemia crónica grave⁽⁵⁾, las úlceras de origen vascular debidas a la insuficiencia venosa crónica⁽⁴⁾ y las heridas neuropáticas⁽⁶⁾, asociadas a diferentes grados de enfermedad vascular periférica y una hiperglucemia mantenida⁽⁷⁾.

Además, existe una estrecha relación entre las heridas crónicas y las heridas neoplásicas⁽⁸⁾, debido a la malignización que pueden sufrir las mismas⁽⁹⁾. Las úlceras o heridas neoplásicas son aquellas que han sido producidas por tumores muy avanzados o metastásicos, en los cuales, su grado de crecimiento o infiltración suele producir la ruptura de la integridad cutánea⁽¹⁰⁾. Este tipo de heridas representan un riesgo elevado para los tejidos adyacentes, provocando un daño masivo a los mismos por la combinación del crecimiento tumoral, la pérdida de vascularización y la ulceración⁽¹⁰⁾.

El proceso de cicatrización de las heridas crónicas y neoplásicas es, como poco, complejo. En la mayoría de ocasiones el paciente es dado de alta de un servicio de salud antes de que termine el propio proceso de cuidados, derivándose a otro nivel asistencial, sin el material adecuado para seguir la evaluación de las lesiones⁽¹¹⁾. Por ello, es necesaria la estandarización de un método seguro y fiable que permita a los profesionales tomar las medidas adecuadas para los cuidados de una herida en particular. Las principales características que debe cumplir un instrumento que mida la evolución de una lesión son: validez, fiabilidad y sensibilidad⁽¹¹⁾.

Para ello, el uso de las nuevas tecnologías mejora la gestión del tiempo de las enfermeras, pudiendo aportar unos cuidados más personalizados, agilizando toda clase de procesos administrativos⁽¹²⁾. Además, se conseguiría una mejor continuidad asistencial derivando así en una mejor calidad de vida de los pacientes⁽¹²⁾.

La evidencia científica disponible, sugiere que existen iniciativas a nivel mundial para la coordinación e implementación de las TIC, siendo probable que la tendencia aumente en el futuro si se mantienen las mismas condiciones demográficas⁽¹³⁾. Las innovaciones para mejorar la calidad de vida y la seguridad del paciente están actualmente establecidas como un área prioritaria en gran parte del mundo⁽¹⁴⁾, sin embargo, el sistema sanitario tarda en adoptar las nuevas tecnologías, debido a una red de problemas sociales y técnicos, interrelacionados dentro de un entorno organizativo más amplio⁽¹⁵⁾.

Por otro lado, la innovación tecnológica en el cuidado de la salud también requiere experiencia en consideraciones técnicas y, en la práctica clínica, las TIC no se muestran como un área de interés para los profesionales⁽¹⁵⁾. Además, existen un creciente número de artículos que demuestran que estos sistemas tienen un mal desempeño y, a menudo no logran conseguir sus objetivos⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

Ante la ausencia de estudios de revisión sobre las TIC en relación con el análisis de heridas crónicas y/o neoplásicas, nos planteamos realizar un estudio de revisión con metodología sistemática, para analizar el tipo de información aportada por las diferentes TIC disponibles para el análisis, gestión o evaluación de heridas crónicas y lesiones de origen neoplásico, así como su impacto en los cuidados, en términos de abordaje y resolución de las lesiones.

Además, se establecieron como objetivos secundarios:

- Describir las principales características de las TIC.
- Describir la forma en la toma de imágenes de las TIC.
- Describir el tipo de profesional o equipo de trabajo de salud que utiliza las TIC.
- Evaluar los estudios de validación de las TIC.
- Evaluar el número de personas monitorizadas con las TIC.

METODOLOGÍA:

Diseño

Para la consecución de los objetivos propuesto, se realizó una revisión con metodología sistemática siguiendo las recomendaciones de la Cochrane Collaboration⁽¹⁸⁾.

Criterios de inclusión y exclusión:

Los estudios se centraron en todos los artículos con pacientes, de cualquier edad o sexo, que presentaran una o varias heridas crónicas o neoplásicas. Solo se incluyeron los estudios en los que se ha utilizado las TIC para el análisis de imagen digital, monitorización o gestión de estas lesiones. Los resultados de imagen debían permitir el cálculo de la superficie, profundidad, estructuras y tejidos de las heridas.

Debido a que el objetivo de la revisión es buscar el tipo de información que aportan las TIC cuando son utilizadas para el análisis de imagen de las lesiones (superficie, profundidad, estructuras y tejidos), los estudios experimentales o cuasi experimentales, estudios observacionales analíticos, estudios descriptivos y estudios de validación son los más adecuados para obtener la información deseada. Además, se incluyeron aquellos estudios en los que no se realizaban comparaciones entre grupos. Se excluyeron los artículos cuya información aportada no podía ser obtenida mediante el análisis de imagen digital.

Fuentes de información y estrategia de búsqueda

Se realizaron búsquedas en las principales bases de datos del área de las ciencias de la salud, tanto a nivel nacional como internacional, como son MEDLINE (a través de PubMed), Web Of Science y SCOPUS. Se buscaron, en todos los casos, estudios en inglés y castellano, con un límite de fecha de publicación de 10 años.

La estrategia de búsqueda para cada base de datos se ha perfilado en torno a cuatro conjuntos conceptuales: Heridas crónicas y lesiones neoplásicas, procesamiento de imagen digital, tipo de tecnología utilizada y datos obtenidos de este proceso.

En las tablas 1, 2 y 3 se puede observar la estrategia de búsqueda realizada en PubMed, Web of Science (WOS) y Scopus.

Referencia de búsqueda	Búsqueda Realizada
#1	((("Wounds and Injuries"[Mesh]) OR "Ulcer"[Mesh]) OR (((("Wounds and Injuries"[Mesh]) OR "Ulcer"[Mesh]) AND "Neoplasms"[Mesh]))
#2	"Image Processing, Computer-Assisted"[Mesh]
#3	(("Colorimetry"[Mesh] OR ("Equipment and Supplies"[Mesh]) OR "Technology"[Mesh])
#4	((("Tissues"[Mesh] OR Structure) OR Evolution) OR Surface) OR Size
#5	#1 AND #2 AND #3 AND #4
Filtros	Published in the last 10 years, Humans. Language Spanish and English
Resultados	259 Artículos obtenidos

Tabla1. Estrategia de búsqueda utilizada en Medline. Fuente: Elaboración propia.

Referencia de búsqueda	Búsqueda Realizada
#1	TOPIC: (wound) OR TOPIC: (injuries) OR TOPIC: (ulcer) AND TOPIC: (neoplasm)
#2	TS=(image) AND TS=(processing)
#3	TS=(colorimetry) OR TS=(technology) OR TS=(device) OR TS=(equipment)
#4	TI=(Tissue) OR TI=(Structure) OR TI=(Evolution) OR TI=(Surface) OR TS=(Size)
#5	#4 AND #3 AND #2 AND #1
Filtros	Refined by: PUBLICATION YEARS: (2015 OR 2017 OR 2016 OR 2009 OR 2014 OR 2012 OR 2010 OR 2007 OR 2011 OR 2013) AND LANGUAGES: (ENGLISH) Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI, CCR-EXPANDED, IC Timespan=All years
Resultados	91 artículos obtenidos

Tabla 2: Estrategia de búsqueda utilizada en WOS. Fuente: elaboración propia.

Referencia de búsqueda	Búsqueda Realizada
#1	(((TITLE-ABS-KEY (wound) OR TITLE-ABS-KEY (injuries) OR TITLE-ABS-KEY (ulcer))) AND ((TITLE-ABS-KEY (wound) OR TITLE-ABS-KEY (injuries) OR TITLE-ABS-KEY (ulcer) AND TITLE-ABS-KEY (neoplasm))))
#2	((TITLE-ABS-KEY (image) AND TITLE-ABS-KEY (processing)))
#3	((TITLE-ABS-KEY (colorimetry) OR TITLE-ABS-KEY (technology) OR TITLE-ABS-KEY (device) OR TITLE-ABS-KEY (equipment)))
#4	((TITLE-ABS-KEY (tissue) OR TITLE-ABS-KEY (structure) OR TITLE-ABS-KEY (evolution) OR TITLE-ABS-KEY (surface) OR TITLE-ABS-KEY (size)))
#5	#1 AND #2 AND #3 AND #4
Filtros	(LIMIT-TO (PUBYEAR, 2016) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2015) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2014) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2013) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2011) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2010) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2009) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2008) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2007)) AND (LIMIT-TO (EXACTKEYWORD, "Human")) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE, "English"))
Resultados	19 artículos obtenidos

Tabla 3: Estrategia de búsqueda utilizada en Scopus. Fuente: elaboración propia.

Criterio de selección de los estudios

En la presente revisión, del equipo de investigación, un revisor procedió a la lectura del título y el resumen de la totalidad de referencias recuperada para seleccionar los documentos que pasarían a la siguiente fase. En la siguiente, el mismo revisor evaluó por primera vez los documentos recuperados, evaluándolos como aptos o no para incluirlos en el estudio. La valoración se hacía indicando sí, no, o dudoso.

Posteriormente, tras la eliminación de los duplicados, los artículos catalogados con sí o dudoso fueron leídos por otro revisor, siendo junto el primer revisor los que seleccionaron la muestra de artículos incluidos.

El resto de los miembros del equipo de investigación estaban encargados de la organización administrativa y gestora del estudio. Dos de los investigadores, además, actuaron como profesionales relevantes en el ámbito de la valoración y cura de heridas crónicas.

RESULTADOS:

Se recuperó un total de 369 artículos después de realizar la búsqueda en las diferentes bases de datos, no siendo necesaria la eliminación de artículos duplicados.

Al completarse la fase de lectura del título y resumen de la totalidad de referencias, fue necesaria la obtención del texto completo en 24 artículos. De los artículos recuperados, 20 fueron excluidos porque no se ajustaban a los criterios de inclusión del tipo de intervención, utilizándose herramientas TIC sobre lesiones diferentes a heridas crónicas o neoplásicas o bien no aportaban información sobre la superficie, profundidad, estructuras y tejidos de estas lesiones. Los 4 artículos restantes fueron excluidos por no presentar ningún tipo de aplicación de estos instrumentos sobre personas, siendo únicamente documentos descriptivos de estas herramientas.

Por tanto, ningún artículo ha cumplido con los criterios de inclusión de la revisión. A continuación, se puede observar el diagrama de flujo del proceso de análisis de los resultados de la búsqueda (Imagen1).

Sin embargo, cuatro de los artículos encontrados (19-22) aportan información de interés para la presente revisión, pudiendo cumplir los tres primeros objetivos secundarios. De los cuatro artículos utilizados para la consecución de los objetivos secundarios, tres fueron estudios descriptivos, con diseños conceptuales de los

dispositivos de análisis de heridas, sin ningún tipo de muestra y con limitaciones importantes (por tanto, con muy baja evidencia)^(19,21,22), mientras que únicamente uno de los artículos pudo ser clasificado de baja evidencia⁽²⁰⁾ siendo el propio diseño de los artículos el factor determinante de la baja calidad de los mismos.

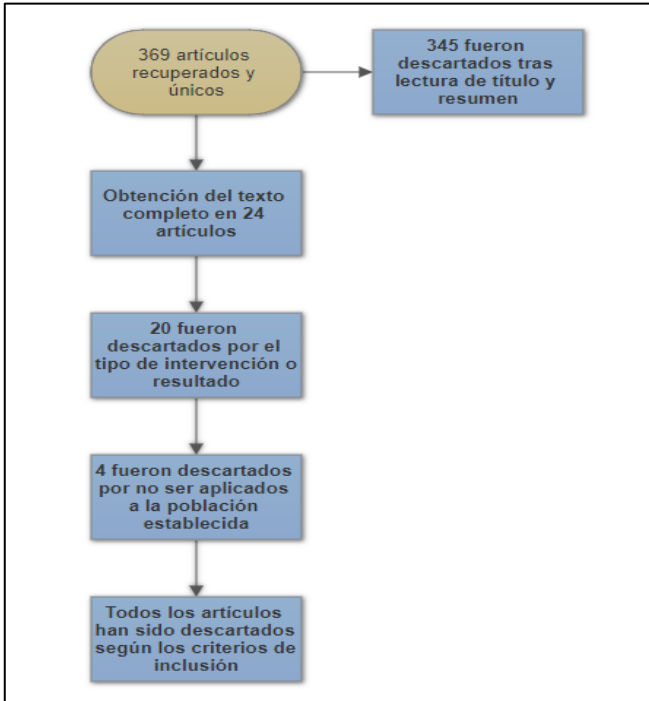


Imagen 1: Diagrama de flujo del análisis realizado sobre los resultados de la búsqueda. Fuente: elaboración propia

En la mayoría de artículos se utilizaba el análisis y procesado de imagen digital para la clasificación y evaluación de heridas. En dos de los estudios analizados se utilizaba un dispositivo móvil o “smartphone” para la realización de fotografías^(21,22), mientras que en los otros se diseñaron dispositivos específicos para esta tarea^(19,20). Los encargados de utilizar estas herramientas fueron pacientes y médicos, excluyendo a las enfermeras de dichos estudios. Para finalizar, únicamente se realizaron pruebas con dichos dispositivos en dos de los estudios.

DISCUSIÓN:

La gran mayoría de dispositivos actuales para el análisis, evaluación y clasificación de heridas crónicas y/o neoplásicas se basan en el mismo principio, el uso de la colorimetría para el análisis digital de fotografías^(19,21,22), coincidiendo como el método más preciso para el abordaje de las mismas. Sin embargo, a falta de una evidencia científica basada en pruebas con personas no se puede asegurar una mejora patente de los métodos manuales utilizados en la actualidad por los profesionales. A pesar de que durante años se ha

intentado implantar un nuevo sistema, la inexistencia de estudios de campo con personas con lesiones relacionadas con la dependencia (LRD) imposibilitan que puedan establecerse estas tecnologías de manera protocolaria en los centros asistenciales⁽¹²⁾.

Esta situación podría estar condicionada en parte por una perspectiva ética. La mayoría de los dispositivos se basan en tecnologías de uso personal, lo que propicia que prácticamente en ningún caso pueda cumplirse los estándares de seguridad del paciente, por el incumplimiento de la ley integral de protección de datos. Sin embargo, la mayoría de los estudios concluyen que los sistemas utilizados actualmente por los profesionales son imprecisos^(19,21-23), subjetivos y poco reproducibles, teniendo graves problemas a la larga no solo con el abordaje de las propias lesiones que afectan directamente a la salud de los pacientes, además, suponen un coste económico que puede llegar a ser insostenible⁽²⁰⁾.

La existencia de nuevas herramientas podría condicionar una disminución del tiempo asistencial, una mejor evolución de las heridas e incluso una detección precoz de heridas neoplásicas. No obstante, para ello es necesario no solo la aparición de las tecnologías, si no la realización de estudios de campo que validen el funcionamiento de las mismas y que puedan servir de evidencia para que sea posible su implantación.

Para la realización de estos estudios, es recomendable la búsqueda de un “Patrón Oro”⁽¹¹⁾ que nos sirva como punto de partida para realizar una comparación correcta entre el nuevo sistema y la metodología existente en la actualidad. En segundo lugar, sería recomendable la medición de la fiabilidad y reproducibilidad del sistema propuesto, tanto con el mismo usuario (intra-observador) como con varios (inter-observador)⁽¹¹⁾.

La medición de datos como el tiempo utilizado o la calidad de la información aportada por cada método añadiría datos al estudio que evidenciarían en que situaciones el sistema propuesto es efectivo y eficaz. El control de variables como la población, las características de las lesiones, su localización anatómica, el tiempo de evolución de la misma, el fototipo de piel o el tipo de tratamiento terapéutico, reducirán el sesgo del estudio, que ya de por sí puede ser bastante alto debido a la gran cantidad de variables implicadas en este tipo de análisis.

En la práctica clínica, a pesar de la baja evidencia obtenida, el uso de las TIC y concretamente en el

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

análisis, evaluación y clasificación de heridas crónicas y/o neoplásicas, puede suponer una diferencia muy importante con respecto a los métodos habituales⁽²¹⁾. Casi todos los autores concluyen que los métodos actuales, realizados de manera manual y/o visual son un sistema “impreciso y largo con poca reproducibilidad o precisión”⁽²²⁾ describiéndolos además como “subjetivos”⁽²¹⁾.

La utilización de estos dispositivos pueden ser una gran herramienta de apoyo para los profesionales, siempre que se conozca bien cuál es su funcionamiento y sus limitaciones. No se debe abandonar el criterio clínico y profesional en ningún caso y se debe recordar que estos son únicamente instrumentos de ayuda para el personal sanitario, por lo que su uso tiene que estar protocolizado y autorizado⁽¹⁶⁾.

No obstante, esta información puede ser limitada, al utilizarse únicamente artículos con hasta 10 años de antigüedad y únicamente en dos idiomas (español e inglés) corriendo el riesgo de haber omitido artículos relevantes en años anteriores o en otros idiomas.

Además, a diferencia de lo estipulado en la metodología de la Cochrane Collaboration⁽¹⁸⁾ que recomienda que al menos dos revisores intervengan en las fases de búsqueda bibliográfica y en la selección de estudios, en la presente revisión sólo un investigador principal ha participado en ambas fases, lo que aumenta el riesgo de sesgo de información que seguramente no alteraría los resultados encontrados.

La inclusión tanto de heridas crónicas como de lesiones de origen neoplásico en esta revisión, viene condicionada por la estrecha relación que existe entre las mismas^(8,9). La no inclusión de otro tipo de lesiones como quemaduras o heridas traumáticas puede suponer que no se haya obtenido toda la información respecto a los sistemas de análisis de las lesiones mediante el uso de las TIC.

CONCLUSIONES:

No se ha podido encontrar evidencias que demuestren que los datos obtenidos del análisis y evaluación de heridas crónicas y/o neoplásicas mediante el uso de las TIC influyan en los cuidados o en la resolución de las mismas o aporten información más precisa sobre su estado que el análisis manual y/o visual.

No se han encontrado estudios de validación de ningún instrumento que doten a los dispositivos de validez

científica, con mediciones de su fiabilidad y reproducibilidad. La mayoría de los estudios analizados eran diseños conceptuales del funcionamiento y características de estas tecnologías.

CONFLICTOS DE INTERÉS Y FINANCIACIÓN:

No existe conflicto de intereses en el presente trabajo. Este estudio no ha obtenido ningún tipo de financiación y todos los autores han sido partícipes del mismo, siendo respetadas las normas ético-legales vigentes y aprobando la versión final del mismo.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Vowden P. Hard- to- heal Wounds. *Wound Int* [Internet]. 2011;2(4):1–6.
2. Gupta S, Andersen C, Black J, Leon J De, Fife C, John C, et al. Management of Chronic Wounds: Diagnosis, Preparation, Treatment, and Follow-up. *Wounds*. 2017; 29(9):S19-S36.
3. García Fernández F, Soldevilla Agreda JJ, Pancorbo Hidalgo PL, Verdú Soriano J, López Casanova P, Rodríguez-Palma M. Clasificación-categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nºII. Logroño: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas; 2014.
4. Asociación Española de Enfermería Vascul y Heridas. Guía de práctica clínica: Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético. Tercera edición. Madrid: AEEVH, 2017.
5. Reyes Ortega JP, Lara Villoslada MJ, Martín Herrero EM. Isquemias agudas de los miembros. Guía del residente de angiología y cirugía vascular. Madrid: 2009.
6. Grupo de trabajo pie diabético del Consejo General de Colegios de Podólogos. Guía de protocolos de pie diabético. [Internet]. Madrid: Consejo General de Colegios de Podólogos; 2011.
7. Expósito AG, Peña EC, Rodríguez DG. Morbilidad por el síndrome de pie diabético. *Rev Cuba Angiol y Cirug Vasc* [internet]. 2003;4(1).

8. Nguyen TH, Yoon J. Carcinoma epidermoide. En: Dzubow LM, Reintgen DS, Bystry JC. Cáncer de piel. Barcelona: Elsevier; 2006. p. 133–50.
9. Abdul W, O'Neill BJ, Perera A. Marjolin's squamous cell carcinoma of the hallux following recurrent ingrown toenail infections. *BMJ Case Rep* [Internet]. 2017; bcr-2017-219715: 1-4.
10. Pimentel Gomes I, Caldas Camargo T. Feridas tumorais e cuidado de enfermagem: buscando evidências para o controle de sintomas. *Rev Enfermería UERJ*. 2004;12(2):211–6.
11. Restrepo-Medrano JC, Verdú J. Medida de la cicatrización en úlceras por presión. ¿Con qué contamos? *Gerokomos*. 2011;22(1):35–42.
12. Galimany Masclans J, Roca Roger M, Girbau García MR. Las tecnologías de la información y la comunicación en los sistemas sanitarios. Un nuevo reto para la enfermera. *Metas Enferm*. 2012; 15(3):6-10.
13. KPMG International. *Accelerating innovation: the power of the crowd*. Canada: KPMG International Cooperative; 2012.
14. Blumenthal D, Tavenner M. The “Meaningful Use” Regulation for Electronic Health Records. *N Engl J Med*. 2010. 5;363(6):501-4.
15. Cresswell K, Sheikh A. Organizational issues in the implementation and adoption of health information technology innovations: An interpretative review. *Int J Med Inform*. 2013;82(5):e73–86.
16. Coiera E, Aarts J, Kulikowski C. The dangerous decade. *J Am Med Informatics Assoc* [Internet]. 2012;19(1):2–5.
17. Karsh BT, Weinger MB, Abbott PA, Wears RL. Health information technology: fallacies and sober realities. *J Am Med Informatics Assoc* [Internet]. 2010;17(6):617–23.
18. Higgins JPT, Green S, editores. *Manual Cochrane de revisiones sistemáticas de intervenciones*. Colaboración Cochrane [Traducción Cochrane Iberoamericana]; 2011.
19. Basiri A, Nabili M, Mathews S, Libin A, Groah S, Noordmans HJ, et al. Use of a multi-spectral camera in the characterization of skin wounds. *Opt Express* [Internet]. 2010;18(4):3244-56.
20. Bochko V, Välisuo P, Harju T, Alander J. Lower extremity ulcer image segmentation of visual and near-infrared imagery. *Ski Res Technol*. 2010;16(2):190–7.
21. Gupta A. Real time wound segmentation/management using image processing on handheld devices. *J Comput Methods Sci Eng*. 2017;17(2):321–9.
22. Sirazitdinova E, Deserno TM. System design for 3D wound imaging using low-cost mobile devices. *SPIE Medical Imaging*. 2017;10138:1-7.
23. Parvizi D, Giretzlehner M, Wurzer P, Klein LD, Shoham Y, Bohanon FJ, et al. Burn Case 3D software validation study: Burn size measurement accuracy and inter-rater reliability. *Burns*. 2016;42(2):329–35.

ABORDAJE PALIATIVO DE ENFERMERÍA EN LAS ÚLCERAS TUMORALES. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

PALLIATIVE NURSING APPROACH IN TUMOR ULCERS. LITERATURE REVIEW

Autores:  Jéssica Seco-Franco

Enfermera (RN). Enfermera Interna Residente de Familiar y Comunitaria. Área Sanitaria de Ferrol

Contacto: Jessica.Seco.Franco@sergas.es

Fecha de recepción: 25/05/2019
Fecha de aceptación: 15/10/2019

Seco-Franco J. Abordaje paliativo de enfermería en las úlceras tumorales. Revisión bibliográfica. *Enferm Dermatol.* 2019; 13(38): 30-39. doi: 10.5281/zenodo.3574671

RESUMEN:

Objetivo: Conocer las pautas para la valoración, tratamiento y diseño de planes de cuidados de enfermería a pacientes con úlceras tumorales.

Metodología: Revisión bibliográfica a través de seis bases de datos científicas. Selección de las publicaciones según criterios de inclusión-exclusión y lectura crítica de los resúmenes.

Resultados: Se han revisado en texto completo 17 artículos. Los estudios consultados coinciden en la necesidad de realizar una valoración holística del paciente, prestando atención a la parte emocional y social. Sobre su clasificación no existe un consenso claro. Los signos y síntomas que más preocupan al paciente y a los profesionales son el dolor, el olor y el exudado. Su control va a ser el objetivo principal del plan terapéutico. El diagnóstico más prevalente es el "Deterioro de la integridad cutánea", pero también aparecen otros secundarios como el "Trastorno de la imagen corporal" y la "Baja autoestima situacional".

Conclusiones: Una valoración completa de la situación del paciente y de la úlcera a nivel local es fundamental para adoptar un abordaje adecuado y diseñar el plan de cuidados. Este abordaje paliativo irá dirigido a controlar los signos y síntomas asociados para mejorar el confort y la calidad de vida del paciente. Es necesaria una mayor formación de los profesionales en este campo y la implementación de protocolos y guías de práctica clínica actualizadas, para mejorar la atención prestada.

Palabras clave: Úlceras tumorales, valoración, cuidados paliativos, plan de cuidados.

ABSTRACT:

Objective: To know the guidelines for the assessment, treatment and design of nursing care plans for patients with tumor ulcers.

Methodology: Literature review through six scientific databases. Selection of publications according to inclusion-exclusion criteria and critical reading of abstracts.

Results: 17 articles have been reviewed in full text. The studies consulted coincide in the need for a holistic assessment of the patient, paying attention to the emotional and social part. On its classification, there is no clear consensus. The signs and symptoms that most concern the patient and professionals are pain, smell and exudate. Its control will be the main objective of the therapeutic plan. The most prevalent diagnosis is the "Deterioration of skin integrity", but other secondary ones such as "Body image disorder" and "Low situational self-esteem" also appear.

Conclusions: A complete assessment of the situation of the patient and the ulcer at the local level is essential to adopt an adequate approach and design the care plan. This palliative approach will be aimed at controlling the associated signs and symptoms to improve the patient's comfort and quality of life. Further training of professionals in this field and the implementation of updated clinical practice protocols and guides is necessary to improve the care provided.

Keywords: Tumor ulcers, assessment, palliative care, care plan.

INTRODUCCIÓN:

En las últimas décadas estamos asistiendo a un proceso progresivo de envejecimiento de la población, y en consecuencia al aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas. Paralelamente, los avances científicos y técnicos prolongan la supervivencia de los pacientes con estas patologías, llegando a estadios avanzados de la enfermedad en la que precisan de cuidados paliativos⁽¹⁾.

La Organización Mundial de la Salud define los cuidados paliativos como aquellos cuidados cuyo objetivo es la mejora de la calidad de vida de los pacientes y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal e idealmente deberían de ser introducidos de forma gradual desde las etapas iniciales de la enfermedad⁽¹⁻³⁾.

En este sentido, a pesar de que el seguimiento y tratamiento paliativo de pacientes con enfermedad avanzada no oncológica va en aumento, lo cierto es que la mayoría continúan siendo pacientes con cáncer⁽⁴⁾.

El cáncer constituye además la segunda causa de muerte en España, siendo responsable del 26% del total de defunciones, según los últimos datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística, siguiendo una tendencia al alza tanto a nivel nacional como europeo⁽⁵⁾. Así, la Sociedad Española de Oncología Médica ha estimado que en 2019 se diagnosticarán 277.234 casos nuevos de cáncer en España, un 12% más que en 2015⁽⁶⁾.

Las úlceras tumorales o neoplásicas suelen aparecer en el desarrollo de tumores de alto grado de malignidad y/o durante la fase terminal de la enfermedad oncológica^(7,8). Estas se definen como lesiones cutáneas producidas por la infiltración y proliferación de células tumorales en las estructuras de la piel y/o red vascular y linfática adyacentes^(7,9).

Su forma de presentación habitual se asocia con dolor, mal olor, sangrado local, exudado y edema^(7,9,10). Su origen es el crecimiento de un tumor primario de la piel (carcinoma basocelular, carcinoma de células escamosas, melanoma, sarcoma de Kaposi, linfomas cutáneos...) o bien la invasión metastásica de otras neoplasias^(7,9-11).

En esta diseminación metastásica la enfermedad oncológica suele seguir criterios de proximidad, de manera que las metástasis cutáneas más habituales son localizadas en tórax y secundarias a cáncer de mama en las

mujeres y a cáncer de pulmón en los hombres⁽⁸⁾, los cuales se corresponden por otro lado, con los tumores más prevalentes si se realiza un análisis de frecuencia con distinción por sexo⁽⁵⁾.

Etiológicamente, las úlceras neoplásicas también se pueden formar de manera secundaria a heridas crónicas de larga evolución que se malignizan, como por ejemplo las úlceras de Marjolin, o por implantación accidental de células cancerígenas en epitelio durante procedimientos diagnósticos o quirúrgicos, aunque la frecuencia de aparición de estas dos presentaciones es muy escasa⁽⁸⁾.

La literatura diferencia las úlceras tumorales de las lesiones post-oncológicas, secundarias al tratamiento médico o quirúrgico del tumor, y concretamente de la radiodermatitis, efectos cutáneos adversos del tratamiento con radiaciones ionizantes, que se podría encuadrar dentro del grupo anterior, pero su forma de presentación habitual difiere en muchas ocasiones de la de las lesiones que nos ocupan, por lo que no se han tenido en cuenta sus particularidades en esta revisión⁽¹¹⁾.

A nivel epidemiológico, la prevalencia global estimada de lesiones cutáneas tumorales se sitúa entre el 0,6% y 9%⁽⁸⁾. Dentro de las neoplasias primarias de piel, los melanomas o carcinomas de células escamosas, son los que más frecuentemente van a provocar ulceración⁽¹¹⁾. La proporción es inferior en el caso de los pacientes con cáncer metastásico, en los que se considera que entre un 5% y un 10% desarrollarán un deterioro cutáneo secundario a su enfermedad oncológica de base, generando frecuentemente úlceras de gran tamaño y asociadas a una gran morbilidad^(8,9).

Su aparición va a suponer un gran impacto físico y emocional para el paciente y su familia debido a su forma de presentación, generando posiblemente un trastorno de la imagen corporal y limitando la vida diaria y social del paciente⁽¹⁰⁾. Además, a nivel psicológico suponen un estrés añadido a la enfermedad de base, ya que se asocia a progresión tumoral, aunque no implique necesariamente expectativa corta de vida, y su evolución es tórpida, sin expectativas de curación^(10,12).

Para los profesionales sanitarios además del impacto emocional, las úlceras neoplásicas suponen un reto asistencial, pues por su etiología y clínica particular, requieren un enfoque terapéutico diferente al de otro tipo de heridas⁽¹⁰⁾.

El objetivo de esta revisión fue por tanto conocer, según la bibliografía disponible y atendiendo a criterios de

evidencia científica, las pautas generales de valoración y tratamiento de las úlceras tumorales desde la perspectiva de los cuidados paliativos, que sirvan como base para el diseño posterior de planes de cuidados individualizados y el abordaje enfermero de las mismas.

METODOLOGÍA:

Se realizó una revisión narrativa de la literatura. El proceso de búsqueda bibliográfica se ha llevado a cabo durante el periodo comprendido entre los meses de enero y abril de 2019 en seis bases de datos científicas: DIALNET, LILACS, IBECs, PubMed, CUIDEN y COCHRANE.

A mayores se han consultado varias guías de práctica clínica sobre heridas crónicas, cuidados paliativos y manejo de lesiones tumorales avaladas por sociedades científicas u instituciones de carácter público.

Los descriptores y palabras clave utilizados en las búsquedas bibliográficas han sido: *úlceras, úlcera tumoral, paliativos, ulcer, skin ulcer, palliative medicine y palliative care*. Con ellas se han diseñado diferentes estrategias de búsqueda tal y como se muestra en la tabla 1.

Tabla 1. Estrategias de búsqueda bibliográfica

DIALNET / LILACS
<ul style="list-style-type: none"> Estrategia 1: <i>ulcer* AND tumor*</i> Estrategia 2: <i>ulcer* AND paliat*</i>
CUIDEN
<ul style="list-style-type: none"> Estrategia 1: <i>úlceras AND tumoral</i> Estrategia 2: <i>úlceras AND paliativos</i>
COCHRANE
<ul style="list-style-type: none"> Estrategia única: <i>"palliative care" AND ulcer</i>
IBECs
<ul style="list-style-type: none"> Estrategia 1: <i>úlceras AND tumoral</i> Estrategia 2: <i>úlceras AND paliativos</i>
PubMed
<ul style="list-style-type: none"> Estrategia única: <i>("palliative medicine" [MESH] OR "palliative care" [MESH]) AND (ulcer [MESH] OR "skin ulcer")</i>

Fuente: elaboración propia

El cribado principal de las publicaciones a revisar se ha realizado basándose en criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos, los cuales se especifican en la tabla 2.

Tabla 2. Criterios de selección bibliográfica

Criterios de inclusión
<ul style="list-style-type: none"> Idioma de la publicación: gallego, castellano, portugués e inglés. Fecha de publicación: en los 10 años previos a la realización de la revisión. Tipo de publicación: artículos o trabajos originales, revisiones sistemáticas y protocolos y guías de práctica clínica.
Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> Idioma diferente a los de los criterios de inclusión Tipo de publicación: carta al director, experiencia, caso clínico o comentario*
<p>* Se excluirán de esta norma aquellas publicaciones que por su contenido se consideren relevantes para la revisión bibliográfica.</p>

Fuente: elaboración propia

En una segunda fase de selección se revisaron los abstracts de las publicaciones que cumplían con estos criterios, con el objetivo de desestimar aquellas cuya temática no estuviese relacionada con el objetivo final de esta revisión bibliográfica.

RESULTADOS:

Como resultado de la búsqueda bibliográfica se han obtenido un total de 1.037 documentos. Tras aplicar los criterios de selección referenciados y realizar una lectura crítica, se han seleccionado un total de 28 publicaciones, tal y como se muestra en la tabla 3.

Tabla 3. Resultados de la búsqueda bibliográfica

LILACS	<ul style="list-style-type: none"> Estrategia 1: 367 publicaciones Estrategia 2: 54 publicaciones 	4 publicaciones seleccionadas
CUIDEN	<ul style="list-style-type: none"> Estrategia 1: 9 publicaciones Estrategia 2: 16 publicaciones 	5 publicaciones seleccionadas
COCHRANE	<ul style="list-style-type: none"> Estrategia única: 80 publicaciones 	3 publicaciones seleccionadas
DIALNET	<ul style="list-style-type: none"> Estrategia 1: 315 publicaciones Estrategia 2: 38 publicaciones 	5 publicaciones seleccionadas
IBECs	<ul style="list-style-type: none"> Estrategia 1: 143 publicaciones Estrategia 2: 16 publicaciones 	2 publicaciones seleccionadas
PubMed	<ul style="list-style-type: none"> Estrategia única: 53 publicaciones 	9 publicaciones seleccionadas

Fuente: elaboración propia

Es preciso señalar como limitación metodológica la imposibilidad de acceder al texto completo de todas las publicaciones seleccionadas para su revisión exhaustiva.

Los estudios finalmente revisados se resumen en la tabla 4, donde se especifican, además de los datos referentes a la publicación, cuales son los aspectos teóricos objetivo de la revisión que tratan: valoración de la úlcera, cuidados paliativos y uso de taxonomía enfermera en el diseño de planes de cuidados para las úlceras neoplásicas.

Las guías de práctica clínica y protocolos seleccionados en la revisión incluyen la "Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras neoplásicas"⁽⁷⁾ de la Junta de Andalucía, así como su formato de consulta rápida⁽²⁹⁾; la "Guía práctica de lesiones cutáneas neoplásicas"⁽⁹⁾ del Servicio Gallego de Salud, la "Guía práctica de abordaje integral de las úlceras tumorales"⁽¹⁰⁾ de la Sociedad Andaluza de Cuidados Paliativos, la "Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos"⁽³⁰⁾ del Ministerio de Sanidad y el libro "Cuidados Paliativos. Control de síntomas"⁽³¹⁾ editado por la unidad de medicina paliativa del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

Tabla 4. Publicaciones revisadas

Título del artículo	Tipo de estudio	Base de datos	Año de publicación	Aspectos teóricos tratados
Intervenções Terapêuticas em Feridas Tumorais: Relato de Casos ⁽¹³⁾	Serie de casos	LILACS	2015	Valoración de la úlcera y cuidados paliativos
Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado ⁽¹⁴⁾	Guía clínica	LILACS	2009	Valoración de la úlcera y cuidados paliativos
Cuidados Paliativos ao Paciente Portador de Ferida Neoplásica ⁽¹⁵⁾	Revisión bibliográfica	LILACS	2013	Valoración de la úlcera y cuidados paliativos
Heridas neoplásicas: aspectos básicos del cuidado de enfermería ⁽¹⁶⁾	Artículo de revisión	LILACS	2015	Valoración de la úlcera y cuidados paliativos
Indicadores psicométricos do saber e o fazer de enfermeiros nos cuidados paliativos à pessoa com ferida tumoral ⁽¹⁷⁾	Estudio descriptivo	CUIDEN	2018	Valoración de la úlcera y cuidados paliativos
Revisión bibliográfica sobre las lesiones tumorales malignas ⁽¹⁸⁾	Revisión bibliográfica	CUIDEN	2010	Valoración de la úlcera y cuidados paliativos
Cuidados del paciente con herida tumoral ¹⁹	Guía clínica	CUIDEN	2013	Valoración de la úlcera, cuidados paliativos y taxonomía enfermera
Heridas y fístulas tumorales: posicionamiento para mejorar el cortejo sintomático ⁽²⁰⁾	Artículo original	CUIDEN	2010	Valoración de la úlcera y cuidados paliativos
Systemic antibiotics for treating malignant wounds ⁽²¹⁾	Revisión sistemática	COCHRANE	2017	Cuidados paliativos
Tratamiento domiciliario de las metástasis cutáneas de carcinoma mamario por parte del equipo de cuidados paliativos ⁽²²⁾	Caso clínico con revisión de bibliografía	DIALNET	2017	Valoración de la úlcera y cuidados paliativos
Guía de actuación en lesiones oncológicas ⁽¹¹⁾	Artículo original	DIALNET	2009	Valoración de la úlcera, cuidados paliativos y taxonomía enfermera
Úlceras cutáneas en pacientes oncológicos con cuidados paliativos de soporte domiciliario ⁽²³⁾	Tesis doctoral	DIALNET	2015	Valoración de la úlcera y cuidados paliativos
Atención integral a un varón con una úlcera neoplásica, que no va a cicatrizar, en el ámbito de la atención primaria de la salud: caso clínico ⁽²⁴⁾	Caso clínico	IBECS	2016	Valoración de la úlcera, cuidados paliativos y taxonomía enfermera
Heridas neoplásicas. Abordaje desde enfermería ⁽²⁵⁾	Comunicación congreso	IBECS	2009	Valoración de la úlcera, cuidados paliativos
Caring for patients with malignant and end-of-life wounds ⁽²⁶⁾	Artículo original	PubMed	2017	Valoración de la úlcera, cuidados paliativos
Care of chronic wounds in palliative care and end-of-life patients ⁽²⁷⁾	Artículo original	PubMed	2010	Valoración de la úlcera, cuidados paliativos
How are topical opioids used to manage painful cutaneous lesions in palliative care? A critical review ⁽²⁸⁾	Revisión bibliográfica	PubMed	2013	Cuidados paliativos

Fuente: elaboración propia

A la vista de los resultados, la bibliografía es extensa en lo que se refiere a los cuidados paliativos en general y especialmente a los cuidados paliativos en los pacientes oncológicos, que como se ha mencionado previamente continúan siendo el eje central de estos cuidados en nuestro país.

Su enfoque y finalidad se pone de manifiesto en numerosas guías de práctica clínica, artículos originales y otras publicaciones de validez científica, orientándose hacia la mejora de la calidad de vida de los pacientes y sus familiares cuando se enfrentan a enfermedades sin expectativas de curación, mediante el control del dolor y otros síntomas, atendiendo no solo a la esfera física del paciente, sino también a los aspectos psicológicos, sociales y espirituales.

Sin embargo, los estudios sobre las úlceras tumorales o neoplásicas, objetivo de esta revisión bibliográfica, son menos abundantes, con la desventaja añadida de que la mayor parte son casos clínicos o series de casos que exponen experiencias concretas, relatadas por profesionales en una gran proporción, sin ahondar en los síntomas percibidos y las sensaciones a nivel emocional del paciente cuando aparecen estas lesiones, los cuales se han desestimado en esta ocasión.

En cuanto a aquellas publicaciones que se han seleccionado, la mayoría hacen referencia a la valoración de las lesiones y a su tratamiento local, siendo escasas las menciones a los planes de cuidados con utilización de las taxonomías enfermeras estandarizadas.

DISCUSIÓN:

1) *Valoración holística de Enfermería*

Se tendrán en cuenta los estados físico, psíquico y social del paciente, así como su entorno, para poder adecuar las actuaciones a sus problemas y necesidades^(16,19).

Para ello se puede recurrir a una valoración estructurada, basada por ejemplo en las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson, como muestra Romero Collado et al⁽²⁴⁾ en uno de los casos clínicos revisados.

En esta valoración general se recogerán los antecedentes y los datos del momento actual, tanto objetivos como subjetivos, obtenidos a través de la entrevista con el paciente/familia, la observación, el examen físico y la revisión de la historia clínica^(7,9).

Los ítems más relevantes sobre los que se deben recoger información en esta valoración se repiten en varias publicaciones^(7,9,19,20), siendo estos el estado evolutivo de la enfermedad y su pronóstico, las patologías asociadas, la calidad de vida del paciente, el estado funcional, el estado nutricional y la situación psicológica y social del paciente y su familia.

En este último ítem hay que hacer especial hincapié en la alteración de la imagen corporal secundaria a la lesión y su impacto emocional y social, además de valorar el entorno más próximo e identificar si lo hubiese al cuidador principal, evaluando su disposición para colaborar en los cuidados si fuese necesario⁽²⁰⁾.

Por otro lado, el uso de escalas validadas facilita la interpretación por otros profesionales y el seguimiento posterior del paciente. En este sentido el Servicio Gallego de Salud propone en su guía práctica⁽⁹⁾ el uso de la escala de Karnofsky para valorar la capacidad funcional en las actividades cotidianas y el pronóstico del paciente, propuesta que repite la enfermera Ana Orbeago en su publicación⁽²⁵⁾. Al mismo tiempo la guía anterior establece una recomendación de grado A para la valoración del riesgo nutricional con instrumentos validados como el Mini Nutritional Assessment (MNA), el MUST o el NRS 2002⁽⁹⁾.

La otra parte fundamental de la valoración es la evaluación local de la úlcera, que deberá repetirse periódicamente para adaptar las actividades a la evolución de la misma. Además, el registro de esta valoración, tiene un grado evidencia alto⁽⁷⁾.

Los aspectos a tener en cuenta para una evaluación precisa incluyen: etiología, tiempo de evolución, localización, número de lesiones o nódulos, dimensiones, estadio o profundidad, tipo de tejido en el lecho de la úlcera, estado de la piel perilesional, cantidad y características del exudado, presencia de olor e intensidad, dolor y picor asociados, presencia de sangrado y signos de infección^(7,9,10,16,20).

El crecimiento tumoral puede ser: exofítico o vegetante, con aspecto de coliflor o "fungating", o bien endofítico, que se caracteriza por crecimiento irregular, bordes evertidos e indurados, fondo sucio, sin halo inflamatorio perilesional y que evoluciona a la destrucción de los tejidos^(7,9). En su clasificación o estadiaje no existe un consenso claro y se establecen diferentes formas de hacerlo. Aunque, una opción sencilla sería atendiendo a si existe o no pérdida de continuidad de la piel, clasificarlas como lesiones abiertas, cuando hay ruptura de la

integridad cutánea, o cerradas, cuando la piel está íntegra⁽⁷⁾.

Es importante aclarar que las lesiones cutáneas neoplásicas, no se ajustan a ninguna graduación (a excepción de las lesiones por radiodermatitis), de forma que, tratar de establecer categorías o grados en función de la escasa afectación de la piel o profundidad y extensión de los tejidos afectados, además de una incongruencia, no aporta ningún valor clínico, ni para su identificación, ni para su abordaje, sino que incluso podría dar lugar a errores en profesionales con poca experiencia⁽¹¹⁾ (una lesión con escasa afectación cutánea, puede tener gran afectación de planos profundos, e incluso implicar compromiso vital al paciente)⁽⁷⁾.

De hecho la guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras neoplásicas de la Junta de Andalucía⁽⁷⁾ establece que este tipo de lesiones no es posible clasificarlas por estadios de afectación, debido a que la neoplasia de origen difiere de unos pacientes a otros y en consecuencia su evolución. Además, esta evolución no se correlaciona en ocasiones con el pronóstico de la lesión, pues existen úlceras cerradas que afectan a planos profundos y se asocian a mal pronóstico.

En cuanto a la valoración global de las características de la lesión, las escalas utilizadas para las heridas crónicas pueden ser de utilidad, como por ejemplo la escala TIME o la MEASURE.

En este sentido cabe destacar la escala MFWAT que mencionan Vargas et al⁽¹⁶⁾, una herramienta específica para la evaluación de la herida maligna basada en varios estudios, cuyo resultado es proporcional a la gravedad y que consta de dos partes. La primera mide la percepción subjetiva del paciente con su herida maligna y consta de cinco dominios: dolor, comodidad del apósito, síntomas de la herida, asuntos sociales y problemas psicológicos. La segunda evalúa de manera objetiva el estado de la herida basándose en: tipo de herida, tipo de tejido, tamaño, mal olor, cantidad y calidad del exudado, sangrado, ulceración de la piel y edema.

Los síntomas más frecuentemente asociados; es decir, el dolor, el mal olor, el exudado, el prurito y la hemorragia⁽¹³⁾, también deben ser valorados y es importante conocer su base fisiopatológica para poder incidir sobre ellos de manera lógica.

El dolor afecta al 60 - 90 % de los pacientes en situación avanzada^(16,20). Además el umbral del dolor en estos pacientes puede ser muy bajo, por el posible deterioro

físico y por estar habituados a tratamientos opiáceos^(9,11). En el caso de las úlceras tumorales el dolor va a estar condicionado por la invasión tumoral, la presión mecánica de estructuras nerviosas o vasculares, el edema resultante de la alteración de la permeabilidad capilar y drenaje linfático, la presencia de infección, la exposición de terminaciones nerviosas, la técnica de cura y los productos utilizados en la misma^(16,19,20). Para su valoración se pueden utilizar la escala visual analógica (EVA) o la escala de valoración verbal^(7,9,13,15,16).

Si bien el dolor es uno de los síntomas más frecuentes, como se mencionaba anteriormente, el mal olor probablemente sea para el paciente uno de los más preocupantes y angustiosos, por su difícil control y el estigma familiar y social asociado⁽²⁰⁾. Además, puede causar náuseas y pérdida de apetito⁽¹⁹⁾. Suele ser denso, fuerte y desagradable y se debe al crecimiento de bacterias aerobias y anaerobias que colonizan el tejido desvitalizado y producen agentes volátiles, y a la presencia de exudado^(9,10,16,18). Se puede registrar utilizando la siguiente clasificación: grado 0, sin olor; grado I, olor percibido solo al descubrir la herida; grado II, olor percibido aún sin descubrir la herida; grado III, olor fétido y nauseabundo^(9,15).

El exudado se debe a una alteración de la permeabilidad vascular^(18,20). Este se va a ver aumentado por la carga bacteriana, por la presencia de edema y por la descomposición del tejido necrótico⁽⁹⁾. Cuando es abundante y se hace continuo provoca irritación e inflamación de la piel perilesional, una maceración que aumenta el dolor⁽¹⁶⁾.

El prurito es también un síntoma frecuente⁽⁹⁾. Las causas de picor son sequedad de piel, infecciones, fármacos, obstrucción vía biliar, tumores hematológicos, de estómago o pulmón o síndrome carcinoide⁽⁹⁾. Debe distinguirse entre el prurito de la lesión y el de la piel perilesional. En el primer caso también puede ser debido a la propia actividad tumoral^(16,20).

Por último, el sangrado puede ser en sábana, local o por invasión de un gran vaso, siendo este último signo de mal pronóstico y riesgo de muerte inminente⁽¹⁹⁾. Su base fisiopatológica es la friabilidad del tejido y la neovascularización del tumor^(9,16,19). También puede aparecer o verse favorecido por alteraciones de la coagulación o efectos secundarios de la medicación⁽¹⁹⁾.

2) Plan de tratamiento individualizado:

Una vez finalizada la valoración se podrá establecer el plan de tratamiento individualizado, que irá encaminado al manejo local de la úlcera y el control de síntomas físicos y psicosociales asociados.

Como punto de partida en el plan de tratamiento se debe hacer referencia a la limpieza de la herida. Con suero salino fisiológico tanto en la herida como en la piel perilesional, siendo otras alternativas el agua destilada o el agua del grifo abundante a una temperatura de +/- 37°C con una evidencia moderada-alta (7,9,13,15,16,22).

Además, se debe valorar el uso de clorhexidina diluida como parte de esta limpieza, de manera profiláctica ante la sospecha de posibles infecciones(7,9). Así lo hicieron da Silva et al(13) en la serie de casos que publicaron.

También se hace referencia a otros productos, como el peróxido de hidrógeno(7,20). La acción de este, aunque no está demostrado que sea bactericida, estaría relacionada con su efecto "ebullición" producido tras su aplicación actuando como efecto desbridante de tejido necrótico por acción mecánica y el aporte de oxígeno en heridas anaerobias contribuyendo a eliminar por su acción oxidante el olor producido por este tipo de heridas(7).

Independientemente del producto antiséptico utilizado se debe finalizar con suero salino fisiológico para eliminar los restos de estos compuestos y evitar efectos secundarios como el escozor o el prurito(7,9,10).

Se debe utilizar la mínima fuerza mecánica que asegure el arrastre de detritus y bacterias(9). Se debe evitar frotar o friccionar para evitar posibles sangrados(16,20,25). El lecho de la lesión no debería secarse, especialmente las zonas con tejido de granulación, y el secado de la piel perilesional debería ser con toques suaves(9,20,25).

En cuanto al desbridamiento, debe de ser acorde a los objetivos terapéuticos, las características de la lesión y la afectación de la calidad de vida del paciente(9). La elección habitualmente será el desbridamiento autolítico, utilizando hidrogeles de estructura amorfa si fuese necesario(25). En general se desaconseja el desbridamiento cortante por el riesgo elevado de provocar sangrado asociado a la revascularización existente(9,25).

Va a ser fundamental el control del dolor, teniendo en cuenta que el momento de la retirada del apósito se ha identificado como una de las etapas más dolorosa de la cura(20). Por ello hay que realizar una técnica lo menos lesiva posible, humedeciendo los apósitos antes de su retirada, evitando presiones de irrigación excesivas o

realizando presión con los apósitos, utilizando soluciones a temperatura corporal, estableciendo pausas durante el procedimiento, utilizando apósitos no adherentes en la superficie ulcerada o hidropoliméricos liberadores de ibuprofeno...(7,9,15,20,25).

Como medida analgésicas, la aplicación de geles de opiáceos a nivel local, como el hidrogel de clorhidrato de morfina (concentración de 1 mg de morfina para 2 g de hidrogel), ha demostrado eficacia en el manejo de estas lesiones, con una evidencia moderada, además de ser clínicamente segura(7,9,28).

En el caso de curas muy dolorosas valorar la necesidad de sedo-analgésia previa a la cura por vía subcutánea con midazolam y/o morfina, así como la aplicación de anestésicos a nivel local, con gasas impregnadas en lidocaína al 2% (media hora antes de la cura) o pomada anestésica de lidocaína y prilocaína (EMLA), una hora antes de la cura cubriéndola con apósito oclusivo (9,20,22).

Indirectamente, la gestión del exudado, la prevención y control de la carga bacteriana, la utilización de la terapia compresiva si la zona lo permite para la disminución del edema y la inflamación, y la protección de la piel perilesional (películas protectoras, cremas de barrera, apósitos no adhesivos o películas de hidrocoloides) para evitar la maceración, ayudan también al control del dolor (10,19,20).

En caso de mal olor, se pueden aplicar una vez al día de manera conjunta los geles de opiáceos y metronidazol para proporcionar un control combinado del dolor y del olor(7,11). Si el olor es incontrolable, es decir de grado III, existe una evidencia alta para su administración tópica en concentración de 7,5 mg/cc o en solución con concentraciones que oscilan de 5 a 10 mg/cc (9). Algunos estudios mencionan incluso la posibilidad de combinarlo con su administración oral o endovenosa(15,20).

Los apósitos de carbón activado también están diseñados para el control del olor(7,9,13,16,19).

El olor, al igual que el dolor, se ve aumentado de manera paralela al aumento de la cantidad de exudado. Así, es importante gestionar el exudado mediante la elección de un apósito adecuado, con gran poder de absorción, como los alginatos, las hidrofibras de hidrocoloide y las espumas poliméricas(9,10,11,13,18,19,25). En esta elección se debe tener en cuenta también la comodidad y la adaptación a la movilidad(9). Si la superficie de drenaje lo permite también se puede recurrir a la colocación de algún dispositivo colector, como las bolsas de colostomía o de

urostomía^(16,20).

Como terapia más novedosa encontramos la terapia de cierre de vacío asistido (VAC) o terapia de presión negativa (TPN) en las que usando presión negativa tópica en la herida con un sistema de sellado se elimina el exudado y se promueve la angiogénesis⁽¹⁸⁾.

La maceración de la piel perilesional es una complicación frecuente en las heridas exudativas, como las úlceras neoplásicas, su prevención se basa en el control del exudado y la correcta limpieza, secado y protección de la piel perilesional como ya se ha comentado. La frecuencia de las curas se debe establecer en función de la saturación del apósito con el exudado⁽¹¹⁾.

Asociado al exudado y a la maceración, está el prurito, con escasa respuesta a los antihistamínicos^(16,20). Por ello, deben proporcionarse cuidados generales de la piel que incluyan una hidratación suficiente, prevención de lesiones de rascado y medidas como cremas de protección y corticoides tópicos de la piel perilesional o hidrogeles en la lesión tumoral, aunque la evidencia de estas actividades es baja⁽⁹⁾.

Como medidas específicas se proponen el gel de lidocaína al 2%, la loción de calamina o esteroides tópicos y el tratamiento farmacológico específico⁽⁹⁾.

La electroestimulación nerviosa transcutánea (TENS) aplicada a baja frecuencia ha demostrado también importantes efectos inhibitorios en el picor en varios ensayos, suponiendo una buena expectativa de futuro^(16,20).

Para prevenir el sangrado se deben utilizar apósitos antiadherentes y la limpieza suave por irrigación, sin frotar^(9,10,16,22).

En caso de hemorragia, se puede intentar controlar aplicando presión directa durante 10 o 15 minutos y aplicar frío local^(10,16,19). Utilizaremos para la cura apósitos hemostáticos de alginato cálcico, que en contacto con el exudado de la herida producen un intercambio, el alginato absorbe iones de Na⁺ y libera iones Ca²⁺, lo que crea un ambiente húmedo y favorece la acción hemostática en la herida⁽⁹⁾.

Otra opción sería la utilización de lámina de espuma de gelatina absorbible, que no es necesario retirar en las curas siguientes, gasas impregnadas de ácido tranexámico, ácido aminocaproico o sucralfato^(9,15,16).

Si fuese necesario, valorar el uso de fármacos o vaso-

constrictores tópicos, como la adrenalina, realizando una monitorización de los efectos sistémicos y teniendo en cuenta que puede producir necrosis por isquemia, o el uso del nitrato de plata para cauterizar pequeños puntos de sangrado^(9,10,15,16,19,25).

Y, en caso de hemorragia masiva, contemplar la posibilidad de técnicas más agresivas, como la cirugía o la radioterapia con finalidad hemostática, que, aunque no están indicadas de manera habitual, pueden mejorar la calidad de vida del paciente^(9,19,25).

Por último, hacer referencia a la infección que se puede ver favorecida por el exudado y cuya presencia, como ya se ha venido repitiendo, se asocia con aumento del dolor, el olor y el exudado^(9,10,16,18-20). Para prevenirla se deben extremar las medidas higiénicas, valorar el uso profiláctico de antisépticos, evitando las soluciones iodadas, mercuriales y el violeta de genciana, que tiñen y resecan las lesiones, y favorecer el desbridamiento autolítico^(7,9,13,16).

A nivel local los apósitos con plata son muy útiles para inhibir y combatir la proliferación microbiana, además de ayudar a controlar otros síntomas como el dolor, el olor, el exudado y la hemorragia^(7,9,11,16).

En cuanto al uso de antibióticos, existe controversia, pero la mayoría de las publicaciones sostienen que no se deben utilizar de forma indiscriminada, debido al incremento de resistencias bacterianas^(20,21).

Sería útil el diagnóstico de la infección mediante frotis con hisopo, que resulta poco doloroso y con bajo riesgo de sangrado, y permite identificar los microorganismos responsables de la infección y el antibiograma^(9,16,20,25).

Además, su administración intravenosa muchas veces no resulta eficaz, ya que la mala vascularización de estas lesiones y el tejido necrótico impiden la penetración del mismo, por lo que se recurre a su uso de manera tópica^(7,11,16,20,25). Entre los antibacterianos locales más empleados se encuentran la colistina 0,1%, el metronidazol 1-2%, la sulfadiazina argéntica y la nitrofurazona⁽²⁰⁾.

En el plano psicosocial las úlceras provocan sentimientos de culpa, vergüenza, pérdida de autoestima, alteración de las relaciones personales, tendencia al aislamiento social, etc. Se debe tener prudencia con los comentarios, mantener conductas de aceptación de la persona animando a la familia a mantener las muestras de cariño, prestar apoyo psicológico y moral y ayudarle

a afrontar los síntomas de la enfermedad en general y de la úlcera neoplásica en particular^(7,9,10,16,20,25).

3) Plan de cuidados de Enfermería

Todas estas actividades deben quedar registradas en un plan de cuidados que, diseñado de manera individualizada, servirá además para el seguimiento evolutivo de la úlcera tumoral y el resto de problemas y necesidades del paciente, con un grado de evidencia alto⁽⁷⁾.

En base a las publicaciones revisadas que tenían en cuenta esta parte del proceso utilizando las taxonomías estandarizadas de enfermería^(7,11,19,24) se ha elaborado una tabla resumen con la propuesta para el plan de cuidados que incluye los diagnósticos, resultados e intervenciones más habituales (Tabla 6).

Recaltar que el abordaje del paciente con úlcera neoplásica debe ser multidisciplinar, y por tanto se tratará como un problema de colaboración, en el que están implicados medicina, enfermería, psicología y trabajo social entre otros profesionales, pero independientemente de esto se puede recurrir al uso de las taxonomías estandarizadas de enfermería para el registro del plan de actividades por parte de estos profesionales.

Tabla 6. Propuesta para el plan de cuidados

NANDA: (00046) Deterioro de la integridad cutánea	
NOC: [1103] Curación de la herida: por segunda intención	NIC: [3664] Cuidado de las heridas: ausencia de cicatrización
NANDA: (00132) Dolor agudo/(00133) Dolor crónico	
NOC: [1605] Control del dolor	NIC: [1400] Manejo del dolor
NANDA: (00015) Riesgo de estreñimiento/(00011) Estreñimiento (relacionado con el tratamiento con opiáceos)	
NOC: [0501] Eliminación intestinal	NIC: [0450] Manejo del estreñimiento / impactación fecal
NANDA: (00004) Riesgo de infección	
NOC: [0703] Severidad de la infección	NIC: [6550] Protección contra las infecciones
NANDA: (00118) Trastorno de la imagen corporal	
NOC: [1200] Imagen corporal	NIC: [5400] Potenciación de la autoestima
NANDA: (00066) Sufrimiento espiritual	
NOC: [2002] Bienestar personal	NIC: [5420] Apoyo espiritual
NANDA: (00061) Cansancio del rol del cuidador/ (00062) Riesgo de cansancio del rol de cuidador	
NOC: [2210] Resistencia del papel del cuidador	NIC: [7040] Apoyo al cuidador principal
Otros NANDA: (00136) Duelo/ (00147) Ansiedad ante la muerte	

Fuente: elaboración propia

CONCLUSIONES:

Las úlceras neoplásicas se asocian a un progreso tumoral, pero no necesariamente son precursoras de muerte inminente. Por ello es preciso realizar una valoración pormenorizada del paciente y de la lesión, con el objetivo de establecer un abordaje adecuado y diseñar un

plan de cuidados acorde a la situación particular de esa persona.

Cuando el tratamiento curativo ya no es posible, el abordaje paliativo se convierte en el eje del plan terapéutico, con la finalidad de controlar los síntomas locales y sistémicos y aumentar la calidad de vida del paciente. En el caso de las úlceras tumorales, el dolor, el olor y el exudado son los síntomas asociados que generan mayor disconfort, por lo que establecer una correcta analgesia y el control de la carga bacteriana serán actividades prioritarias.

La formación de los profesionales sanitarios continúa siendo deficiente en cuanto a los cuidados paliativos, lo que supone una dificultad en el acceso a los mismos. Esto unido al incremento de la necesidad de cuidados paliativos en nuestra sociedad, debido al envejecimiento progresivo de la población y al aumento de las enfermedades crónicas, motiva la necesidad de formación, en particular del colectivo de atención primaria que podrá prestar cuidados en el domicilio del paciente.

En lo que se refiere a las úlceras tumorales se requiere mayor investigación y la creación y difusión de protocolos y guías de práctica clínica actualizadas, que permitan al personal sanitario, y en especial a la enfermería, establecer un plan de tratamiento adecuado y basado en la mejor evidencia científica.

CONFLICTOS DE INTERÉS:

La autora manifiesta no tener conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA:



1. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de cuidados paliativos [Internet]. Madrid: SECPAL; 2019 [Actualización 2014].
2. Organización Mundial de la Salud. Cuidados paliativos [Internet]. Suiza: OMS; 2019 [actualizada el 19 feb 2018].
3. Sanz Fernández ME, Molinero Blanco E. Cuidados paliativos en el paciente oncológico. *Medicine*. 2013; 11(27): 1669-76.
4. Navarro Sanz JR. Cuidados paliativos no oncológicos: enfermedad terminal y factores pronósticos. [In internet]. Madrid: SECPAL; 2019. [actualización 2004].
5. Instituto Nacional de Estadística. Fallecidos por cáncer en España (Infografía) [Internet]. Madrid: INE; 2019 [Actualizado en febrero de 2019].
6. Sociedad Española de Oncología Médica. Las cifras del cáncer en España. [Internet]. Madrid: SEOM; 2019 [Actualizado en 2019].

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

- Pérez Santos L, Cañadas Núñez F, García Aguilar R, Turrado Muñoz MA, Fernández García GA, Moreno Noci M, et al. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras neoplásicas. Sevilla: Hospital Universitario Reina Sofía, Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Servicio Andaluz de Salud, Junta de Andalucía; 2015.
- Montiel Vaquer L. Manejo de las úlceras cutáneas de origen tumoral. REGIO: 2012; 1(2): 37-68.
- Cabanillas González M, Pulgarín Sobrino SB, Ananín Fernández C. Guía práctica de lesiones cutáneas neoplásicas. [Guía práctica nº 4]. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidad, Servicio Gallego de Salud, Dirección General de Asistencia Sanitaria; 2016.
- Vallés Martínez MP, Lapeira Cabello JM, Gómez Cano S, Pérez Espina R, Portillo Pena MJ, Albert Y, et al. Guía práctica de abordaje integral de las úlceras tumorales. Madrid: Grupo de trabajo de enfermería de la Sociedad Andaluza de Cuidados Paliativos; 2015.
- Palomar Llatas F, Fornes Pujalte B, Díez Fornés P, Muñoz Mañez V, Lucha Fernández V, Arantón Areosa L. Guía de actuación en lesiones oncológicas. Enferm Dermatol. 2008; 2(4): 8-15.
- Maida V, Ennis M, Kuziemy C, Corban J. Wounds and survival in cancer patients. Eur J Cancer. 2009; 45(18):3237-44. doi: 10.1016/j.ejca.2009.05.014
- Silva KRM, Bontempo PSM, Reis PED, Vasques CI, Gomes IP, Simino GPR. Intervenções Terapêuticas em Feridas Tumorais: Relato de Casos. Rev Bras Cancerol: 2015; 61(4): 373-9.
- Instituto Nacional de Câncer (INCA). Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde - Instituto Nacional de Câncer; 2009.
- Agra G, Fernandes MA, dos Santos Platel IC, Moreira Freire ME. Cuidados Paliativos ao Paciente Portador de Ferida Neoplásica: uma Revisão Integrativa da Literatura. Rev Bras Cancerol. 2013; 59(1): 95-104.
- Vargas E, Alfonso I, Solano D, Aguilar D, Aguilar M, Gómez V. Heridas neoplásicas: aspectos básicos del cuidado de enfermería. Repert Med Cir. 2015; 24(2):95-104.
- Agra G, Soares N, dos Santos SH, Oliveira da Sousa AT, Guimarães MJ, Lopes MM. Indicadores psicométricos do saber e o fazer de enfermeiros nos cuidados paliativos à pessoa com ferida tumoral. Aquichan. 2018; 18(4): 461-76.
- De la Rica Escuin ML. Revisión bibliográfica sobre las lesiones tumorales malignas. Cuidando la Salud. 2014; 12: 96-133.
- Granados Matute AE, Cejudo López A, Barroso Vazquez M, Cordero Ponce M, Jiménez León R, Romero Sánchez I. Cuidados del paciente con herida tumoral. Evidentia [internet]. 2013; 10(41).
- Tejada Domínguez FJ, Ruíz Domínguez MR. Heridas y fistulas tumorales: posicionamiento para mejorar el cortejo sintomático. Hygía: 2010; 74: 55-62.
- Ramasubbu DA, Smith V, Hayden F, Cronin P. Systemic antibiotics for treating malignant wounds. Cochrane Database Syst Rev. 2017; 8:CD011609. doi: 10.1002/14651858
- Illán A, Gala T, Romero V, Valentín R, Hernández P, Saiz F, et al. Tratamiento domiciliario de las metástasis cutáneas de carcinoma mamario por parte del equipo de cuidados paliativos. Hosp Domic. 2017; 1(1): 47-50.
- López Núñez AM. Úlceras cutáneas en pacientes oncológicos con cuidados paliativos de soporte domiciliario. [Tesis doctoral]. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá; 2015.
- Romero Collado A, Homs Romero E. Atención integral a un varón con una úlcera neoplásica, que no va a cicatrizar, en el ámbito de la atención primaria de la salud: caso clínico. Med Paliat. 2016; 23(3):153-8. doi:10.1016/j.medipa.2014.01.002
- Orbegonzo Aramburu A. Heridas neoplásicas. Abordaje desde enfermería. Rev ROL Enf. 2009; 32(1):16-20.
- Young T. Caring for patients with malignant and end-of-life wounds. Wounds UK. 2017; 13(5): 20-9.
- Chrisman CA. Care of chronic wounds in palliative care and end-of-life patients. Int Wound J: 2010; 7: 214-35.
- Graham T, Grocott P, Probst S, Wanklyn S, Dawson J, Gethin G. How are topical opioids used to manage painful cutaneous lesions in palliative care? A critical review. PAIN. 2013; 154: 1920-8.
- Guía rápida de consulta para el cuidado de personas con úlceras neoplásicas. Sevilla: Hospital Universitario Reina Sofía, Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Servicio Andaluz de Salud, Junta de Andalucía; 2015.
- Grupo de Trabajo de la GPC sobre Cuidados Paliativos. Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008.
- Gómez Sancho M, Ojeda Martín M. Cuidados paliativos. Control de síntomas. 6ª ed. Las Palmas de Gran Canaria: Unidad de medicina paliativa del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín; 2014.

UTILIZACIÓN DE LA OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA EN LA CURACIÓN DE HERIDAS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

USE OF HYPERBARIC OXYGEN THERAPY IN WOUND HEALING. LITERATURE REVIEW

Autores:  Patricia Torres Álvarez ^{(1) (*)},  María Elena Quintela Varela ⁽²⁾

(1) Enfermera Interna Residente de Familiar y Comunitaria. Área Sanitaria de Ferrol
(2) Enfermera Especialista Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Narón. Área Sanitaria de Ferrol

Contacto: Patricia.Torres.Alvarez@sergas.es

Fecha de recepción: 18/07/2019
Fecha de aceptación: 15/10/2019

Torres-Álvarez P, Quintela-Varela ME. Utilización de la oxigenoterapia hiperbárica en la curación de heridas. Revisión bibliográfica. *Enferm Dermatol.* 2019; 13(38): 40-47. doi: 10.5281/zenodo.3574962

RESUMEN:

Objetivo: Conocer el uso de la oxigenoterapia hiperbárica en el tratamiento de heridas.

Metodología: Se realizó una revisión bibliográfica narrativa en las principales bases de datos (PubMed, SciELO, Dialnet, CUIDEN) y en dos metabuscadores, Google Académico y Mergullador, limitando la búsqueda en los últimos 5 años y filtrando aquellos artículos que versaran sobre tratamiento en humanos. La selección de documentos se realizó basándonos en criterios de inclusión y lectura crítica.

Resultados: Se localizaron un total de 1.223 artículos, 45 cumplían criterios de inclusión. Tras una lectura detallada se revisaron 14 artículos (5 ensayos clínicos, 1 revisión sistemática, 3 casos clínicos, 2 revisiones de la literatura no sistemáticas y 3 estudios observacionales). La oxigenoterapia hiperbárica posee acción antiinflamatoria y reduce el componente edematoso presente en muchas de las lesiones. No es concluyente si hay disminución del riesgo de amputación por uso de esta terapia.

Conclusiones: La oxigenoterapia hiperbárica se consolida como una terapia segura y fiable, tanto de lesiones agudas como crónicas. El acceso a este tipo de tratamientos continúa restringido a patologías más avanzadas e importantes por su elevado coste. Consideramos como líneas de investigación futuras el abordaje cualitativo de este problema para tratar de conocer cuáles son las experiencias de los usuarios de este tratamiento.

Palabras clave: Oxigenoterapia hiperbárica, terapias avanzadas, cuidados de heridas, cicatrización.

ABSTRACT:

Objective: To know the use of hyperbaric oxygen therapy in the treatment of wounds.

Methodology: A narrative literature review was carried out in the main databases (PubMed, SciELO, Dialnet, CUIDEN) and in two metasearch engines, Google Scholar and Mergullador, limiting the search in the last 5 years and filtering those articles that They will deal with treatment in humans. The selection of documents was made based on criteria for inclusion and critical reading.

Results: 1,223 articles were located, 45 met inclusion criteria. After a detailed reading, 14 articles were reviewed (five clinical trials, one systematic review, three clinical cases, two non-systematic literature reviews and three observational studies). Hyperbaric oxygen therapy has anti-inflammatory action and reduces the edematous component present in many of the lesions. It is not conclusive if there is a decrease in the risk of amputation due to the use of this therapy.

Conclusions: Hyperbaric oxygen therapy is a safe and reliable therapy for both acute and chronic lesions. Access to this type of treatment continues to be restricted to those most advanced and important diseases due to its high cost. Consider as qualitative lines of research the qualitative approach to this problem to try to know what the experiences of the users of this treatment are.

Keywords: Hyperbaric oxygen therapy, advanced therapies, wound care, healing.

INTRODUCCIÓN:

Una herida abierta podría definirse como un tipo de lesión en el que hay una alteración de la integridad cutánea, corte o punción que tiene como resultado la discontinuidad de su anatomía normal⁽¹⁾.

El proceso de cicatrización es complejo e involucra a múltiples mecanismos y activos tisulares e histológicos, la formación de una cicatriz definitiva comprende una serie de etapas que son secuenciales y a la vez superpuestas⁽²⁾, para ello, existe un proceso de migración celular, y diferentes fases inflamatorias, proliferativas y madurativas⁽¹⁾.

Existen diferentes factores que pueden llegar a impedir por completo la cicatrización, incluso cuando los cuidados de las lesiones se realizan adecuadamente. Las heridas crónicas con dificultades de curación son un problema realmente significativo en el mundo industrializado⁽³⁾. Durante todo este proceso de cicatrización el papel del oxígeno es fundamental⁽⁴⁾.

La terapia hiperbárica se introdujo por primera vez con objetivo medicinal en el año 1622 por Henshaw, a pesar de que no fue hasta el siglo XIX cuando su uso se expandió para el tratamiento de enfermedades como tuberculosis, cólera, sordera, anemia o hemorragias, se utilizó por primera vez para el abordaje de patologías de la piel en el año 1965⁽⁵⁾.

La oxigenoterapia hiperbárica es una modalidad de tratamiento en la que la persona respira oxígeno a una concentración del 100% mientras está expuesto a un incremento de la presión atmosférica. Estos tratamientos pueden llevarse a cabo en cámaras monoplasa o múltiples, donde podemos encontrarnos desde 2 hasta 14 pacientes⁽⁵⁾.

Las presiones aplicadas mientras el paciente se encuentra dentro de la cámara son por lo común 2-3 atmósferas absolutas (ATA)⁽⁶⁾. Mediante este aumento de O₂ y presiones se lleva a cabo un aumento de producción de oxígeno y nitrógeno, además de la creación de unas condiciones ambientales ideales para la curación de heridas⁽⁷⁾.

La oxigenación hiperbárica puede constituir un elemento para mantener una oxigenación óptima a nivel micro y macro circulatorio⁽⁷⁾.

En general, se recomienda el uso de terapia hiperbárica para el tratamiento de úlceras de pie diabético, úlceras

isquémicas y heridas seleccionadas con mala curación que no responden al tratamiento habitual.⁽³⁾

Según la Sociedad Española de Medicina Hiperbárica⁽⁸⁾ se reconocen 14 situaciones en las que se podrá utilizar la terapia hiperbárica (Tabla 1).

Tabla 1. Indicaciones para oxigenoterapia hiperbárica según la Sociedad Española de Medicina Hiperbárica.

• Embolismo gaseoso
• Envenenamiento por monóxido de carbono
• Lesión por aplastamiento, síndrome compartimental y otras isquemias traumáticas agudas
• Miositis Costridial y Mionecrosis (Gangrena Gaseosa)
• Enfermedad Descompresiva
• Insuficiencias arteriales
• Anemia severa
• Abscesos Intracraneales
• Infecciones de los tejidos blandos necrotizantes
• Osteomielitis refractaria
• Lesión por radiación retardada
• Injertos y colgajos comprometidos
• Lesión por quemadura térmica aguda
• Pérdida auditiva súbita idiopática

Se cree que el mecanismo por el que funciona la terapia hiperbárica, a pesar de que no está definido totalmente, es la mejora de la concentración de oxígeno en la sangre, haciendo así que también aumente la concentración de oxígeno en las áreas que más lo necesitan para su recuperación⁽⁴⁾.

El objetivo de este estudio de investigación fue conocer el uso de la oxigenoterapia hiperbárica en el tratamiento de heridas.

METODOLOGÍA:

La metodología utilizada ha sido la revisión bibliográfica, mediante el análisis de fuentes documentales científicas relacionadas con la terapia con oxígeno hiperbárico en la curación de heridas.

Para seleccionar los artículos que pertenecerían a la búsqueda bibliográfica, se han propuesto los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Artículos científicos que se basen en la terapia hiperbárica.
- Revisiones bibliográficas y sistemáticas sobre la aplicación de oxigenoterapia.
- Artículos originales y casos clínicos.

En lo relacionado con la fecha de publicación del artículo se establece el límite en los últimos 5 años para asegurarnos de que el contenido de los mismos se adecúe a la última evidencia científica disponible.

Criterios de exclusión:

- Idioma diferente de inglés, castellano o portugués.
- Estudios cuyo objetivo no sean humanos.
- Patologías no relacionadas con el deterioro de la integridad cutánea.

La revisión bibliográfica se inició en la base de datos PubMed, incluyendo las siguientes palabras clave (MeSh), “Hyperbaric Oxygenation”, “Wound Healing” combinándolas con el operador booleano AND, obteniendo un total de 687 resultados, al aplicar los filtros: publicado en los últimos 5 años y aplicado en población humana la cifra disminuyó hasta un total de 106 artículos, de los cuales 32 eran revisiones y 74 artículos científicos.

Tras la lectura de los títulos encontrados se llegó a un total de 42 artículos seleccionados, indistintamente de la tipología del mismo (revisión/artículo científico/caso clínico). Tras la lectura del resumen se incluyeron finalmente en la revisión 11 artículos.

La búsqueda continuó en la base de datos Dialnet, en la cual, utilizamos la búsqueda avanzada, limitándola con el booleano AND. Se obtuvo un único resultado, el cual cumplía los criterios de inclusión.

Se realizó también una búsqueda en la base de datos CUIDEN con los mismos términos MeSH descritos anteriormente y el resultado de los mismos fue 0. Para tratar

de buscar nueva documentación que pudiera ser de utilidad ampliamos la búsqueda al término “Oxigenación Hiperbárica” y como resultado la base volcó 5 artículos, de los cuales ninguno cumplía los criterios de inclusión. En la base de datos de enfermería SciELO se realizó el mismo procedimiento, siendo en ambos casos el resultado 0 artículos.

Realizamos también la búsqueda en dos metabuscadores para completar la misma, el primero de ellos Google Académico, se aplicaron los filtros: artículos y en los últimos 4 años. Se obtuvieron un total de 526 artículos. Para realizar la inclusión se revisaron de inicialmente los títulos, descartando aquellos que no cumplían nuestros criterios, para pasar a continuación al análisis del resumen. Finalmente se obtuvieron 15 artículos, de los cuales ninguno cumplía los criterios de inclusión definidos con anterioridad.

Para finalizar se realizó la búsqueda en el otro metabuscador, disponible en la biblioteca virtual del Servicio Gallego de Salud (Bibliosaúde), conocido como “Mergullador”; como resultado se ofrecieron un total de 196 artículos, tras lo cual y aplicando los filtros pertinentes y eliminando los duplicados con otras bases ya consultadas previamente, se encontraron un total de 4 artículos, y tras la lectura del título, solo 2 de ellos resultaron interesantes.

La búsqueda bibliográfica realizada aparece representada en la **Imagen 1**.

La calidad metodológica de los artículos fue evaluada mediante la técnica de grupo nominal (grupo investigador), tras una lectura crítica narrativa.



Imagen 1. Diagrama de búsqueda bibliográfica.

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

RESULTADOS:

Se localizaron un total de 1.223 artículos sobre oxigenoterapia hiperbárica en heridas; 45 cumplieron los criterios de inclusión, y finalmente, tras realizar una lectura

en profundidad quedaron seleccionados 14 artículos que contenían información de relevancia para la revisión.

En la **tabla 2** se describen las características principales de cada estudio.

Tabla 2. Características de los estudios seleccionados sobre oxigenoterapia hiperbárica en heridas.			
Autor	Título del artículo	Tipo de estudio	Año
Jackson ⁽¹²⁾	Combined use of hyperbaric oxygen and sprayed keratinocyte suspension to tackle a difficult wound	Caso clínico	2013
Berner ⁽²⁾	Use of hyperbaric oxygenation for wound management	Estudio cuantitativo	2014
Millar ⁽¹¹⁾	Hyperbaric Oxygen in Lower Limb Trauma (HOLLT); protocol for a randomized controlled trial	Protocolo de investigación para la realización de un Ensayo Clínico Aleatorizado y Multicéntrico	2015
Andrade ⁽⁶⁾	Hyperbaric Oxygen Therapy of wound care	Estudio Transversal	2016
Game ⁽⁹⁾	Effectiveness of interventions to enhance healing of chronic ulcers of the foot in diabetes: a systematic review	Revisión sistemática	2016
Hernández AM ⁽¹⁰⁾	Paciente diabético con dedos del pie necrosados. Uso de oxígeno hiperbárico y liposomas con oxígeno 100% saturado	Caso clínico	2016
Bo Mo ⁽¹³⁾	Study on the effect of hyperbaric oxygen therapy on the wound healing and the related serum indexes of rectal abscess patients after surgery	Ensayo clínico aleatorizado	2016
Dzięgielewski ⁽¹⁴⁾	Results of hyperbaric oxygenation in chronic wound healing – preliminary findings	Estudio cuantitativo de corte retrospectivo	2016
Fife ⁽¹⁵⁾	An Update on the Appropriate Role for Hyperbaric Oxygen: Indications and Evidence	Revisión no sistemática	2016
Fedorko ⁽¹⁶⁾	Hyperbaric Oxygen Therapy Does Not Reduce Indications For Amputation in Patients With Diabetes With NonHealing Ulcers of the Lower Limb: A Prospective, Doble Blind, Randomized Controlled Clinical Trial	Ensayo clínico aleatorizado	2016
Columbo ⁽⁹⁾	Hyperbaric oxygen for patients with above-knee amputations, persistent ischemia, and nonreconstructable vascular disease.	Serie de casos	2016
Chen-C ⁽¹⁰⁾	Adjunctive Hyperbaric Oxygen Therapy for Healing Chronic Diabetic Foot Ulcers: A Randomized Controlled Trial	Ensayo clínico aleatorizado	2017
Thistlethwaite KR ⁽⁷⁾	The effectiveness of hyperbaric oxygen therapy for healing chronic venous leg ulcers: A randomized, doble-blind, placebo-controlled trial.	Ensayo clínico aleatorizado	2018
Santema ⁽⁸⁾	Hyperbaric Oxygen Therapy in the Treatment of Ischemic Lower- Extremity Ulcers in Patients with Diabetes: Results of the DAMO2CLES Multicenter Randomized Clinical Trial	Ensayo clínico aleatorizado multicéntrico	2018

Andrade et al⁽¹¹⁾, describe con su artículo el perfil de usuarios de terapia hiperbárica mediante un estudio de corte transversal mediante la revisión de historias clínicas de un total de 200 pacientes. Según esta autora el perfil de usuario de la cámara hiperbárica se trata de pacientes donde las patologías más relevantes son la diabetes mellitus, seguida de problemas cardiovasculares y neoplásicos. Así mismo detalla también los motivos por los que acudían a la terapia que mayoritariamente fueron: úlceras venosas y heridas traumáticas seguidos de úlceras del pie diabético.

En aquellos donde la herida era crónica el número de sesiones hasta encontrar mejoría en el aspecto de la lesión fueron menores que en las lesiones agudas. Se han encontrado evidencias estadísticamente significativas de evolución positiva en aquellos pacientes con más de 30 sesiones de terapia hiperbárica en relación con aquellos que no la han recibido.

Thistlethwaite et al⁽¹²⁾ describe en su artículo que la terapia hiperbárica podría ser útil en aquellas lesiones difíciles de curar, mejorando en pacientes con lesiones vasculares de miembro inferior la piel perilesional hipóxica. Para llegar a estas conclusiones se ha validado de la realización de un ensayo clínico a doble ciego con un grupo placebo, donde no se aplicaría oxigenoterapia hiperbárica y otro, el grupo de observación, donde si, en este segundo las sesiones con terapia de oxigenoterapia hiperbárica consistían en 120 minutos a 2,4 ATA, además del tiempo de compresión y descompresión.

Describe que se han encontrado evidencias significativas en cuanto a la reducción del tamaño de la lesión tras 12 semanas de tratamiento. Como contraposición de la terapia señala su elevado coste y las limitaciones que esto puede acarrear para que se utilice en un mayor número de la población.

En el ensayo DAMO2CLES realizado en 24 hospitales en el territorio de Holanda y Bélgica por Santema et al.⁽¹³⁾ sobre la efectividad o no de la oxigenoterapia hiperbárica en pacientes con diabetes y úlceras de origen isquémico en miembro inferior se comparó el número de amputaciones realizadas en cada uno de los dos grupos, control, donde se realizaba terapia convencional, versus, el grupo intervención donde se aplicaba además oxigenoterapia hiperbárica, a partir de lo cual proponen que la terapia hiperbárica podría ser un elemento preventivo de la amputación.

Sugieren que no existe diferencia en lo relacionado con la curación total de la lesión entre la intervención con

oxigenoterapia hiperbárica y la terapia convencional. Destacan la importancia de que a pesar de que podrían haber incluido en su estudio muchos más candidatos esto no fue posible debido a sus condiciones médicas subyacentes, así mismo muchos de los participantes no pudieron completar el tratamiento debido a las patologías concomitantes, destacando la importancia de la comorbilidad que presentan las patologías como la enfermedad arterial periférica o la diabetes mellitus.

Game et al⁽¹⁴⁾ en su artículo de revisión sistemática describe que según la evidencia, la utilización de oxigenoterapia de manera tópica no está indicada especialmente para la regeneración de úlceras de pie diabético. Por otro lado, en lo que se refiere a oxigenoterapia sistémica en cámara hiperbárica, justifica mediante un estudio realizado a doble ciego en el año 2012 que las perspectivas de curación aumentan con esta terapia tras 12 meses de tratamiento.

Así mismo hace referencia a los problemas encontrados en la metodología en el resto de estudios revisados.

En el caso clínico reportado por Hernández AM et al⁽¹⁵⁾, realizado en España, se describe la experiencia de la utilización de un botín hiperbárico. El paciente presentaba una herida con bordes esfacelados y con tendencia a la cianosis tras haberse realizado una intervención quirúrgica donde se amputó el 5º dedo del miembro inferior. En la evolución de la lesión, tras la inserción de un injerto para prevenir la amputación del resto de dedos, y una vez comenzado el tratamiento con la oxigenoterapia hiperbárica (en combinación con la terapia de curas convencional) se consigue la epitelización completa de la lesión en 6 semanas, observándose por tanto una rápida evolución, concluyendo los autores en la demostración de que el tratamiento con oxigenoterapia hiperbárica reduce el riesgo de amputación y aumenta la probabilidad de curación.

Millar et al⁽¹⁶⁾ centra su investigación en las heridas traumáticas y sobre estas define que la oxigenoterapia hiperbárica reduce el edema postrauma, modera la reacción inflamatoria y regula sistemas antioxidantes endógenos. Así mismo afirma que puede maximizar los efectos tanto de la terapia farmacológica con antibiótico, como en el caso de los aminoglucósidos.

Jackson et al⁽¹⁷⁾ en su caso clínico describen la utilización combinada de oxigenoterapia hiperbárica y suspensión de keratinocitos en un paciente con problemas de curación en una herida traumática de 3 meses de evolu-

ción, sin otra patología concomitante que la diabetes mellitus insulino-dependiente, la cual en su estadio final presentaba tejido necrótico en su mayoría, sin signos de epitelización. Tras esto, se decidió realizar un injerto, al mismo tiempo que se llevó a cabo la terapia descrita anteriormente. Demostró la eficacia de la terapia combinada de la solución de keratinocitos con la terapia hiperbárica para minimizar la comorbilidad y reducción de costes aumentando la duración temporal de la terapia convencional.

El estudio de Bo Mo et al⁽¹⁸⁾ centra su investigación en los abscesos rectales tras la cirugía, para ello se nutre de un ensayo clínico, donde la intervención se realizará en el grupo de observación, compuesto por 24 pacientes. Sugieren que la utilización de terapia hiperbárica es efectiva en el tratamiento de estas patologías y que reduce tanto el tiempo de curación como el nivel de afectación del usuario, tanto en el ámbito del dolor o padecimiento como analítico, ya que han evidenciado reducción en los marcadores inflamatorios analizados. Concluyen que la oxigenoterapia hiperbárica tiene efectos positivos en la rehabilitación postoperatoria en pacientes con abscesos rectales.

Dzięgielewski et al⁽⁷⁾ en su estudio concluye que la terapia con oxígeno hiperbárico es una medida efectiva en pacientes adultos para el tratamiento de heridas crónicas. Lo justifica en sus propios resultados, donde de manera estadísticamente significativa ha encontrado diferencias en todas las áreas que habían valorado; tamaño de la lesión, dolor, tejido de la herida y oximetría transcutánea, demostrándose así la efectividad del tratamiento que ellos describen.

Fife et al⁽¹⁹⁾ realizaron una revisión de la literatura científica donde recogen aquellos aspectos pendientes de resolver en lo relacionado con la terapia hiperbárica, donde destacan los aspectos más controvertidos de la misma, como la falta de estudios o las dificultades de acceso que hay a los servicios de medicina hiperbárica. Por otro lado, también destacan la importancia de que las heridas que no necesitan esta terapia no van a mejorar a pesar de añadirles a su tratamiento de base, proponen como herramienta para evitar retrasos de acceso en aquellos pacientes que sí podrían beneficiarse de este tratamiento The wound Healing Index (WHI), que podría ayudar a priorizar en la utilización de esta tecnología.

Así mismo refuerzan la idea ya comentada por otros autores de que la terapia hiperbárica tiene una capacidad

única para reducir la hipoxia en los tejidos, la inflamación y facilitar la revascularización.

En el ensayo clínico aleatorizado conducido por Fedorko et al⁽²⁰⁾ sobre los beneficios de la terapia hiperbárica en la disminución del riesgo de amputación se ha realizado una comparación entre la intervención o no con oxigenoterapia a altas presiones donde han evidenciado que no existen diferencias entre ambos grupos y por tanto no existe ese factor protector en la terapia hiperbárica.

Chen et al⁽¹⁰⁾ en su ensayo clínico centrado en la terapia hiperbárica en pacientes con úlceras de pie diabético destacan el poder del tratamiento para mejorar la disponibilidad de oxígeno en los tejidos dañados, aliviar la inflamación y disminuir la presencia de microorganismos anaerobios. Basándose en sus resultados afirman que la terapia disminuye el riesgo de amputación en aquellos pacientes con dificultades para la curación, recomendando que el tratamiento consista en al menos 20 sesiones.

En la serie de casos presentada por Columbo et al⁽⁹⁾ se estudian 4 pacientes con patología vascular de gravedad y larga evolución, todos ellos con antecedentes de amputación quirúrgica en miembros. A los pacientes se les administró oxigenoterapia hiperbárica como último recurso para prevenir una segunda intervención con buenos resultados que evitaban esta nueva cirugía. Los autores concluyen que a pesar de que se requieren más estudios, la terapia hiperbárica es una oportunidad para la curación de heridas en aquellos pacientes con problemas para la curación y con posibilidades de amputación.

En la revisión realizada por Bener et al⁽²⁾ se describen los efectos adversos más llamativos del tratamiento con el oxígeno hiperbárico como son la generación en exceso tanto de oxígeno como nitrógeno que pueden producir daños a nivel histológico, a pesar de que estas complicaciones son poco frecuentes. También destaca la importancia de monitorizar las glucemias en los pacientes diabéticos ya que puede inducir a hipoglucemia.

DISCUSIÓN:

Durante la revisión y búsqueda bibliográfica hemos observado ciertas dificultades para el acceso a algunos artículos, que junto con la escasa bibliografía fuera del campo del pie diabético, suponen uno de los criterios de limitación encontrados para este estudio.

Se ha realizado el análisis de varias revisiones, tanto sistemáticas como bibliográficas sistematizadas, que

hacen una descripción de la terapia hiperbárica, como llevarla a cabo y en que se basa su funcionamiento. También se han revisado casos clínicos y series de casos que presentaban algún sesgo metodológico. Los estudios revisados, a nivel general, indican que la oxigenoterapia hiperbárica es una terapia segura, y fiable que puede ser beneficiosa a la hora de reducir el tamaño de la lesión y favorecer la curación de la misma.

Con el estudio DAMO2CLES, realizado por Santema et al⁽¹³⁾ se introduce la posibilidad de que la oxigenoterapia hiperbárica pueda ser un factor protector para la disminución del número de amputaciones en los pacientes candidatos a la misma, al igual que ocurre en el estudio de Chen et al⁽¹⁰⁾ y los casos clínicos de Hernández et al⁽¹⁵⁾ y Columbo et al⁽⁹⁾ que también apoyan esta tendencia, teniendo en cuenta la efectividad en sus propios pacientes.

En contraposición en el ensayo clínico llevado a cabo por Fedorko et al⁽²⁰⁾ los resultados no muestran una tendencia hacia la reducción del número de amputaciones. Por tanto, basándonos en sus resultados no hay evidencia de que la terapia hiperbárica pueda reducir el riesgo de amputación.

Los estudios de Jackson et al⁽¹⁷⁾ aportan evidencia sobre la utilización de una suspensión de keratinocitos en combinación con terapia hiperbárica, a pesar de que serían necesarios más estudios en una población más amplia para su uso extendido. Del mismo modo, Millar et al⁽¹⁶⁾ centra su investigación sobre las heridas traumáticas, aportando un nuevo punto de vista a los usos de la terapia hiperbárica, reforzando aquellos aspectos destacados por otros autores como Bo et al⁽¹⁸⁾ sobre la capacidad regenerativa de esta terapia.

En lo relacionado con la capacidad de la oxigenoterapia hiperbárica para disminuir la gravedad de la lesión el estudio preliminar de Dzięgielewski et al⁽⁷⁾ arroja nuevos conocimientos sobre la efectividad en la disminución del tamaño de la lesión, nivel del dolor, tejido no viable en la herida y un aumento en los niveles de oximetría transcutánea. Lo cual coincide con la revisión realizada por Fife et al⁽¹⁹⁾ donde se destaca la capacidad única de la oxigenoterapia hiperbárica para reducir la hipoxia de los tejidos, reducir la inflamación y facilitar la revascularización.

Las propiedades curativas de este tratamiento se ven reforzadas por los conocimientos aportados por los estudios de Thistlethwaite et al⁽¹²⁾ donde se ha evidenciado la mejora del tejido perilesional, previamente

hipóxico, además de una disminución del tamaño, como también postuló Andrade et al⁽¹¹⁾ tras 30 semanas de terapia en cámara hiperbárica. En relación con la duración del tratamiento no se han encontrado evidencias significativas, ya que el número de sesiones es muy variable dependiendo de las características tanto del paciente como de su evolución individual. Game et al⁽¹⁴⁾ de manera llamativa realiza una diferenciación entre el uso de oxigenoterapia tópica, donde no ha encontrado mediante su revisión sistemática evidencia, y la terapia sistémica donde señala que las tasas de curación aumentan tras 12 meses de tratamiento. Destacando las deficiencias metodológicas encontradas en los estudios analizados.

Fife et al⁽¹⁹⁾ aportan un nuevo punto de vista en lo relacionado con el acceso a las cámaras o sistemas de tratamiento hiperbárico, proponiendo la realización de un triaje mediante el Wound Healing Index, en su revisión refuerzan la idea de que los pacientes que no necesitan esta terapia no se beneficiarán de ella y por tanto se debe regular de forma estandarizada el acceso. Así mismo Thistlethwaite et al⁽¹²⁾ hace referencia también a las dificultades de acceso por el elevado coste de la misma, y Santema et al⁽¹³⁾ a las patologías concomitantes que suelen acompañar a las personas que serían candidatas a este tratamiento, y que por las mismas no se puede permitir su uso.

CONCLUSIONES:

En conclusión, podemos afirmar tras la revisión bibliográfica realizada que:

- La oxigenoterapia hiperbárica es útil en el tratamiento de lesiones cutáneas tanto crónicas como agudas para la disminución del tamaño y la aceleración del tiempo de curación, en aquellas patologías en las que está indicada.
- La acción antiinflamatoria y de reducción del componente edematoso de las lesiones queda reflejada a nivel analítico como se ha visto en diversos estudios por disminución tanto de niveles de PCR como de otros marcadores inflamatorios, además de poder observar estos cambios en las reacciones cutáneas con el paso de las sesiones de tratamiento.
- El acceso a este tratamiento todavía está limitado y ligeramente sesgado para aquellos pacientes con patologías más graves o avanzadas y que a su vez no presenten contraindicaciones para la terapia.

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

- Es necesario realizar todavía más investigaciones para certificar la capacidad o no de la terapia hiperbárica en lo relacionado con la reducción del riesgo de amputación en pacientes con lesiones vasculares.
- No se conoce en el panorama actual la visión de los pacientes sobre el acceso y proceso que conlleva la terapia hiperbárica, con lo cual se abre también una nueva línea de investigación que podría resultar muy interesante y enriquecedora.

CONFLICTOS DE INTERÉS:



Las autoras manifiestan no tener conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Kanji S, Das H. Advances of Stem Cell Therapeutics in Cutaneous Wound Healing and Regeneration. *Mediators Inflamm.* 2017;2017:5217967.
2. Berner JE, Vidal P, Will P, Castillo P. Use of hyperbaric oxygenation for wound management]. *Rev Med Chil.* 2014;142(12):1575-83.
3. Finn Gottrup. Oxygen therapies for wound healing: EWMA findings and recommendations. *Wounds Int.* 2017. 2017;8(4):18-22.
4. Health Quality Ontario. Hyperbaric Oxygen Therapy for the Treatment of Diabetic Foot Ulcers: A Health Technology Assessment. *Ont Health Technol Assess Ser.* 2017;17(5):1-142.
5. Bhutani S, Vishwanath G. Hyperbaric oxygen and wound healing. *Indian J Plast Surg.* 2012;45(2):316-24.
6. Fosen KM, Thom SR. Hyperbaric oxygen, vasculogenic stem cells, and wound healing. *Antioxid Redox Signal.* 2014;21(11):1634-47.
7. Dzięgielewski P, Mikołajewska E, Goch A. Results of hyperbaric oxygenation in chronic wound healing – preliminary findings. *Stud Med.* 2016;32(3):179-83.
8. SociedadEspañolademedicinahiperbarica.org [Sede Web]. Madrid: Sociedad Española de Medicina Hiperbárica (SEMH); 2019.
9. Columbo JA, Ptak JA, Buckey JC, Walsh DB. Hyperbaric oxygen for patients with above-knee amputations, persistent ischemia, and nonreconstructable vascular disease. *J Vasc Surg.* 2016;63(4):1082-4.
10. Chen C-Y, Wu R-W, Hsu M-C, Hsieh C-J, Chou M-C. Adjunctive Hyperbaric Oxygen Therapy for Healing of Chronic Diabetic Foot Ulcers: A Randomized Controlled Trial. *J Wound Ostomy Cont Nurs.* 2017;44(6):536-45.
11. Andrade SM de, Santos ICRV. Hyperbaric oxygen therapy for wound care. *Rev Gaucha Enferm.* 2016;37(2):e59257.
12. Thistlethwaite KR, Finlayson KJ, Cooper PD, Brown B, Bennett MH, Kay G, et al. The effectiveness of hyperbaric oxygen therapy for healing chronic venous leg ulcers: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Wound Repair Regen Off Publ Wound Heal Soc Eur Tissue Repair Soc.* 2018;26(4):324-31.
13. Santema KTB, Stoekenbroek RM, Koelemay MJW, Reekers JA, van Dortmont LMC, Oomen A, et al. Hyperbaric Oxygen Therapy in the Treatment of Ischemic Lower- Extremity Ulcers in Patients with Diabetes: Results of the DAMO2CLES Multicenter Randomized Clinical Trial. *Diabetes Care.* 2018;41(1):112-9.
14. Game FL, Apelqvist J, Attinger C, Hartemann A, Hincliffe RJ, Löndahl M, et al. Effectiveness of interventions to enhance healing of chronic ulcers of the foot in diabetes: a systematic review. *Diabetes Metab Res Rev.* 2016;32 Suppl 1:154-68.
15. Hernández AM, Escutia AM, Llatas FP, Fernández VL, Fornes PD, Pujalte BF. Paciente diabético con dedos del pie necrosados. Uso de oxígeno hiperbárico y liposomas con oxígeno 100% saturado. *Enferm Dermatol.* 2012;6(15):36-41.
16. Millar IL, McGinnes RA, Williamson O, Lind F, Jansson K-Å, Hajek M, et al. Hyperbaric Oxygen in Lower Limb Trauma (HOLLT); protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open.* 2015;5(6):e008381.
17. Jackson PC, Wilks D, Rawlins J, Matteucci PL. Combined use of hyperbaric oxygen and sprayed keratinocyte suspension to tackle a difficult wound. *Ann R Coll Surg Engl.* 2014;96(6):e20-2.
18. Bo Mo QH, Juan Ma BX. Study on the effect of hyperbaric oxygen therapy on the wound healing and the related serum indexes of rectal abscess patients after surgery. *J Hainan Med Univ.* 2016;22(14):67-9.
19. Fife CE, Eckert KA, Carter MJ. An Update on the Appropriate Role for Hyperbaric Oxygen: Indications and Evidence. *Plast Reconstr Surg.* 2016;138(3 Suppl):107S-16S.
20. Fedorko L, Bowen JM, Jones W, Oreopoulos G, Goeree R, Hopkins RB, et al. Hyperbaric Oxygen Therapy Does Not Reduce Indications for Amputation in Patients With Diabetes With Nonhealing Ulcers of the Lower Limb: A Prospective, Double-Blind, Randomized Controlled Clinical Trial. *Diabetes Care.* 2016;39(3):392-9.

PREVALENCIA DE ENVEJECIMIENTO CUTÁNEO CRÓNICO (DERMATOPOROSIS) EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS DE CENTROS SOCIOSANITARIOS DE VALENCIA

PREVALENCE OF CHRONIC SKIN AGING (DERMATOPOROSIS) IN INSTITUTIONALIZED ELDERLY IN SOCIAL-HEALTH CENTERS IN VALENCIA

Autores:  Federico Palomar-Llatas ^{(1) (*)}, Rocio Burgos-Frau ⁽¹⁾, Alba Sánchez-Salvador⁽¹⁾, Natalia Parreño-López⁽¹⁾, Nerea Pinilla-Salcedo⁽¹⁾, Marta Martínez-Marín⁽¹⁾,  Elena Castellano-Rioja⁽¹⁾, Lidia Landete-Belda⁽¹⁾,

(1) Cátedra Hartmann de Integridad y Cuidado de la Piel. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, Valencia (España).

Contacto: federicop43@gmail.com

Fecha de recepción: 10/10/2019
Fecha de aceptación: 11/12/2019

Palomar-Llatas F, Burgos-Frau R, Sánchez-Salvador A, Parreño-López N, Pinilla-Salcedo N, Martínez-Marín M, Castellano-Rioja E, Landete-Belda L. Prevalencia de envejecimiento cutáneo crónico (dermatoporosis) en ancianos institucionalizados de centros sociosanitarios de Valencia. *Enferm Dermatol.* 2019; 13(38): 48-54. doi: 10.5281/zenodo.3575030

RESUMEN:

Objetivo: Conocer la prevalencia y características de la dermatoporosis en ancianos institucionalizados de centros sociosanitarios de la provincia de Valencia y el nivel de conocimientos de los profesionales de enfermería sobre el tema.

Metodología: Estudio analítico observacional prospectivo de tres meses de duración (enero-marzo de 2018). Las poblaciones fueron mayores de 60 años institucionalizados y profesionales de enfermería de centros sociosanitarios de la provincia de Valencia. Estadística descriptiva.

Resultados: Muestra de 473 pacientes y 104 profesionales, la mayoría fueron mujeres, el 72% y 88% respectivamente. La media de edad fue de 83 años en los ancianos y 36 años en los profesionales. Las enfermedades crónicas más frecuentes fueron hipertensión arterial, diabetes mellitus e insuficiencia renal. El fototipo con mayor presencia fue el tipo III. Respecto los cuidados de la piel, el 37% refería usar crema hidratante y un 23% crema solar. La prevalencia de dermatoporosis fue del 21,14%, presentando úlceras un 12%.

Conclusiones: La prevalencia de dermatoporosis en nuestro estudio (>21%) es baja respecto a la literatura. La clínica más frecuente es la púrpura senil y las pseudocicatrices, que coinciden con el estadio I de la patología. El conocimiento de la dermatoporosis por parte de los profesionales sanitarios fue escaso. La formación al respecto permitirá identificar de forma precoz las lesiones y aplicar los cuidados más adecuados de forma preventiva.

Palabras clave: Dermatoporosis, Insuficiencia Cutánea Crónica, Envejecimiento Cutáneo, Fotoprotección, cuidado sociosanitario.

ABSTRACT:

Objective: To know the prevalence and characteristics of dermatoporosis in institutionalized elderly people of social-health centers in the province of Valencia and the level of knowledge of nursing professionals on the subject.

Methodology: Prospective observational analytical study three month (January-March 2018). The populations were over 60 years institutionalized and nursing professionals of social and health centers in the province of Valencia. Descriptive statistics.

Results: Sample of 473 patients and 104 professionals, the majority were women, 72% and 88% respectively. The average age was 83 years in the elderly and 36 years in the professionals. The most frequent chronic diseases were hypertension, diabetes mellitus and renal failure. The phototype with the greatest presence was type III. Regarding skin care, 37% reported using moisturizer and 23% sunscreen. The prevalence of dermatoporosis was 21.14%, with ulcers presenting 12%.

Conclusions: The prevalence of dermatoporosis in our study (>21%) is low compared to the literature. The most frequent clinic is the senile purpura and the pseudo-scars, which coincide with the stage I of the pathology. Knowledge of dermatoporosis by health professionals is scarce. Training in this regard will allow early identification of injuries and apply the most appropriate care preventively.

Keywords: Dermatoporosis, Chronic Skin Failure, Skin Aging, Photoprotection, Social-Health Care.

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

INTRODUCCIÓN:

El envejecimiento se caracteriza por ser un proceso natural y progresivo, resultado de la predisposición individual y de la influencia del entorno en nuestro organismo.

Teniendo en cuenta los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), a 1 de enero del 2019, el 19,4% del total de la población española es mayor de 65 años y se estima que en año 2050 se duplicará este porcentaje, modificando de forma clara la estructura poblacional, que es cada vez más envejecida^(1,2).

Con el paso de los años, las células de nuestro organismo disminuyen su actividad y se producen cambios fisiológicos que merman la capacidad de respuesta frente al entorno. La piel, con el proceso de envejecimiento, presenta en general una atrofia funcional con disminución del flujo sanguíneo, aumento del tiempo de recambio celular y disminución del grosor en todas sus capas^(3,4). En la mujer este proceso se da de forma más acelerada debido a la disminución de estrógenos⁽⁵⁾. Estas modificaciones se traducen en las siguientes manifestaciones clínicas (Tabla 1):

Tabla 1. Manifestaciones clínicas del envejecimiento

- Arrugas
- Alteraciones en la pigmentación. Lentigos solares
- Atrofia cutánea
- Xerosis
- Mayor fragilidad ante el trauma mecánico
- Dificultad en la cicatrización
- Menor absorción percutánea
- Telangiectasias y púrpura senil
- Respuesta inflamatoria disminuida
- Disminución de la sensibilidad
- Alteración de la termorregulación

A pesar de que el envejecimiento es algo inherente al ser humano, hay factores externos relacionados con nuestro estilo de vida que pueden acelerarlo o agudizarlo. Entre ellos destaca la exposición solar^(6,7). Otros factores relacionados serían la contaminación, el consumo de tabaco y alcohol, la dieta y el estrés⁽⁸⁾.

Cuando la evolución normal del envejecimiento se presenta como algo patológico puede afectar de forma importante a la calidad de vida. En 2007, Kaya y Saurat⁽⁹⁾, acuñaron el término dermatoporosis para referirse a este proceso patológico de insuficiencia crónica de la piel. Se define como tal el conjunto de modificaciones a nivel cutáneo que cursan con una fragilidad aumentada. Las primeras manifestaciones

pueden aparecer en torno a los 60 años en forma de atrofia y lesiones superficiales, pero es a partir de los 70 años cuando se manifiesta de forma más clara (Imagen 1 y 2).



Imagen 1. Dermatorporosis en todos sus estadios excepto el IV.



Imagen 2. Estadio IV Dermatorporosis.

Teniendo en cuenta el envejecimiento progresivo poblacional y aunque no hay muchos estudios epidemiológicos al respecto, los datos existentes demuestran que es un síndrome de elevada prevalencia, con tasas en torno al 30%⁽¹⁰⁻¹²⁾.

El principal mecanismo responsable es la disminución del ácido hialurónico (AH) dérmico y sus receptores transmembrana CD44. El AH es el mayor componente de la matriz extracelular, con un papel importante en el mantenimiento de la hidratación y la elasticidad normal, aportando resistencia cutánea ante las distintas fuerzas mecánicas. La exposición solar es el factor de riesgo relacionado con mayor influencia, dañando el ADN de las células de la piel y disminuyendo también la presencia de AH y CD44⁽¹³⁾. Otros factores de riesgo que modifican la presencia de AH son el tratamiento con corticoides y otros como la insuficiencia renal, el tratamiento con anticoagulantes o el estado nutricional.

Atendiendo a su origen, la dermatoporosis se clasifica:

- **Primaria o patológica:** la más frecuente. Relacionada con la predisposición genética.
- **Secundaria o iatrogénica:** se da en personas con dermatoporosis primaria que se agudiza por tratamientos con corticoides y/o traumas frecuentes.

En cuanto a las características clínicas, se pueden presentar distintos tipos de lesiones:

- Atrofia cutánea:** piel fina y poco elástica. Arrugas.
- Púrpura senil:** manchas rojas-moradas no blanqueables, que parecen surgir espontáneamente, aunque responden a contusiones, y que pueden evolucionar a manchas marrones por depósito de hemosiderina.
- Pseudocicatrices estelares:** lesiones blanquecinas finas resultado de la cicatrización de las herida.
- Laceraciones:** lesiones con pérdida de la integridad cutánea causadas por fuerzas mecánicas (cizallamiento, fricción o impacto).
- Hematomas disecantes:** aparecen tras pequeños traumatismos, con sangrado localizado subcutáneo, que puede llegar a afectar la fascia muscular. Pueden evolucionar a necrosis y presentarse como lesiones tunelizadas. Se consideran el estadio más avanzado y la complicación más grave.

Estas lesiones dan origen a 4 estadios en función del nivel de afectación^(14,15) (Tabla 2):

Las principales localizaciones afectadas por la dermatoporosis son las zonas expuestas al sol, como son antebrazos, zona dorso-palmar, escote y miembros inferiores. Las extremidades son la localización más frecuente, siendo los miembros inferiores la zona de afectación más común en los estadios más graves.

Los tratamientos actualmente disponibles dirigidos a estadios más leves tienen como objetivo mantener una buena hidratación, evitando la xerosis y descamación. Se basan en la aplicación tópica de retinoides, vitamina C y E o emolientes⁽¹⁴⁾.

Los tratamientos tópicos a base de AH fragmentado se han demostrado beneficiosos, favoreciendo la renovación celular y la angiogénesis. La combinación de AH y retinaldeido previene la atrofia cutánea, incrementa el grosor de la piel y aumenta el contenido en colágeno, actuando de forma sinérgica⁽¹⁶⁾.

Otros tratamientos que han abierto vías de investigación y podrían ser útiles serían la aplicación de factor de crecimiento epidérmico en la dermatoporosis tardía y la suplementación con vitamina C vía oral⁽¹⁷⁾.

La educación sanitaria y la concienciación social sobre los riesgos que supone la exposición solar sin las medidas adecuadas, son pilares claves para su prevención primaria. Las recomendaciones generales para la población se deben centrar por tanto en:

- Minimizar las exposiciones solares y usar protección solar.

ESTADIOS DE LA DERMATOPOROSIS O FRAGILIDAD CUTÁNEA (Palomar-Llatas F, et al.)					
ESTADIO	Atrofia cutánea (+)	Púrpura senil (+)	Pseudo cicatrices (+)	Laceraciones cutáneas (+)	Hematomas disecantes (-)
I				(-)	(-)
II					(-)
III					(-)
IV					

Tabla 2. Estadios o grados de dermatoporosis

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

- Hidratar la piel: productos con base de retinoide y AH.
- Adecuada nutrición. Dieta rica en vitamina C. Correcta ingesta de líquidos.

El objetivo principal de este estudio fue cuantificar la prevalencia de dermatoporosis en centros socio-sanitarios de la provincia de Valencia, así como objetivos secundarios :

- Conocer los signos de dermatoporosis más frecuentes y su localización.
- Investigar sobre el nivel de conocimientos de los pacientes que tienen de la patología y sus autocuidados.
- Averiguar el nivel de conocimientos de los profesionales sanitarios en estos centros.

METODOLOGÍA:

Se llevó a cabo un estudio analítico observacional prospectivo. El periodo de campo abarcó desde enero hasta marzo de 2018, realizándose en 4 centros sociosanitarios de la provincia de Valencia.

La selección de la muestra fue por conveniencia, entre todos los residentes institucionalizados en los centros sociosanitarios participantes y sobre el total del personal de enfermería que los atendía.

Criterios de inclusión (según la muestra):

- Ser mayor de 60 años
- Ser personal sanitario de enfermería del centro
- Participación voluntaria y firmado el Consentimiento

b) Criterios de exclusión:

- Pacientes con alteraciones neuro-psiquiátricas.
- Pacientes con heridas o lesiones no relacionadas con la dermatoporosis.

El estudio se dividió en dos fases:

- Fase 1: Recogida observacional de datos clínicos de la dermatoporosis a los ancianos institucionalizados (características de las lesiones) y datos demográficos (edad, sexo, trabajo y cuidados de la piel).
- Fase 2: Encuesta a los profesionales de enfermería que trabajan en el centro sobre el conocimiento de

la dermatoporosis y datos demográficos (edad, sexo, profesión, años de trabajo).

En ambos casos, miembros de enfermería del equipo investigador se desplazaron a los centros y recogieron in situ, a lo largo de los tres meses que duró el estudio, las variables y datos de registro para su análisis.

El estudio de investigación obtuvo todos los permisos reglamentarios y cumplimiento de normas ético-legales sobre investigación, con dictamen favorable del Comité de ética para la investigación de la Universidad católica de Valencia.

El análisis estadístico de datos realizado fue de tipo descriptivo, a través de medidas de tendencia central (medias y porcentajes) y medidas de dispersión (desviación típica). El análisis diferencial consistió en el cálculo del Chi Cuadrado. La significancia estadística se determinó para un intervalo de confianza del 95%. Todos los datos se procesaron con el SPSS v21.

RESULTADOS:

Fase 1:

Se obtuvo una muestra de 473 pacientes, en su mayoría mujeres (72%). La media de edad se estableció en los 83 años.

Entre los tratamientos habituales en el 42% tomaban corticoides; la misma cifra porcentual que en el caso de los anticoagulantes.

Las enfermedades crónicas más frecuentes fueron hipertensión arterial, la diabetes Mellitus y la Insuficiencia Renal. El fototipo con mayor presencia fue el tipo III.

En cuando al estado nutricional, a pesar de que la mayor parte de los casos se podrían encuadrar en la horquilla del normopeso (37%), en un 40% de los casos se observó sobrepeso u obesidad y en un 23% un peso inferior al ideal.

Respecto a las preguntas que versaban sobre los cuidados de la piel, solo el 37% refería usar crema hidratante. El porcentaje de uso de crema solar aún fue más reducido, siendo del 23%.

Los datos de prevalencia mostraron que un 21,14% de la muestra presentaba clínica de dermatoporosis.

Con relación a las respuestas obtenidas sobre el conocimiento de la patología, destacó que ninguno de los participantes conoce lo que es y tampoco sabe si la padece algún familiar.

Aproximadamente 1 de cada 3 participantes afirmó haber sufrido algún traumatismo recientemente.

En cuanto a las manifestaciones clínicas de la dermatoporosis, se dieron varios tipos. Su frecuencia de presentación se muestra en la **imagen 1**:

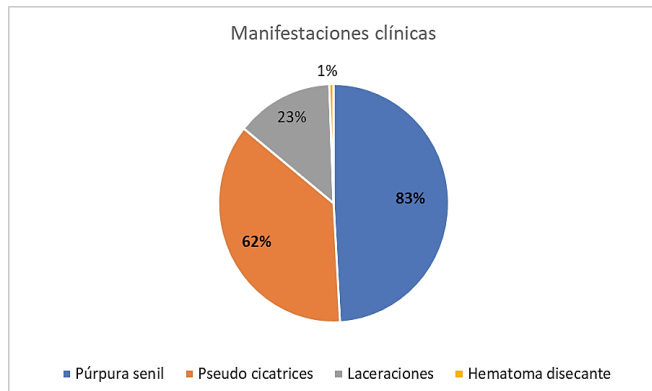


Imagen 1. Manifestaciones cutáneas de la dermatoporosis.

Se recopiló también la presencia de úlceras (12%) y su tiempo de evolución, llamando la atención que un 82% de estas lesiones no habían conseguido cicatrizar tras superar más de un año de evolución.

Las áreas corporales de la muestra que se observaron más afectadas fueron el dorso de las manos (76%) y los antebrazos (72%), seguidas de la cara anterior de las piernas (55%) y el escote (6%).

Se llevó a cabo la estadificación de la patología en cada individuo, presentándose el estadio I en la mayoría de los casos, seguida del estadio II y III y solo en un 1% el estadio IV.

Fase 2:

Se recopiló una muestra de 104 profesionales, que estuvo formada por 94 mujeres y 10 hombres, estableciéndose una media de edad en torno a los 36 años y una experiencia profesional media de unos 10 años.

Los trabajadores encuestados fueron en su mayoría técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (57%), seguidos de enfermeras (28,9%).

Respecto a las variables que versaban sobre el conocimiento de la dermatoporosis se puede observar que, casi la mitad de los encuestados no la conoce ni ha

oído hablar de ella (48%). Solo un 26,3% refiere saber de qué se trata y el 8,8% refiere haber tratado a algún paciente.

Además, ninguno de los profesionales encuestados sabe que existen distintos tipos de dermatoporosis ni tampoco conoce los estadios. Esto contrasta con el 21,1% que refirió que sí sabría cómo tratarla. La mayor parte cree que la dermatoporosis muestra una prevalencia en torno al 30-50%.

Respecto a la sintomatología, se observó un mayor reconocimiento de la presencia de fragilidad cutánea, xerosis, púrpura, laceraciones, prurito y arrugas.

Casi todos los encuestados afirmó que es importante la prevención (93,3%), destacando la hidratación tópica como principal medida.

El 75,4% de los profesionales son conscientes de la problemática que supone la dermatoporosis y el 96,5% admitió que es necesaria más formación sobre la patología, resaltando la importancia de la educación para la salud de la población.

No se apreciaron diferencias significativas entre las variables estudiadas.

DISCUSIÓN:

La dermatoporosis se considera un concepto reciente, por lo que los datos de prevalencia existentes son escasos. Dos investigaciones llevadas a cabo en hospitales franceses arrojan cifras del 32% y 37%^(10,11). El último estudio publicado en 2019 y realizado en Finlandia aporta datos en consonancia (30,7%)⁽¹²⁾. Los resultados del presente estudio indican una prevalencia cercana al 22%, algo menor en comparación con estudios publicados, sin embargo, podemos afirmar que su afectación es lo suficientemente elevada como para enfatizar en su prevención.

Entre los factores de riesgo más relacionados con la dermatoporosis es la asociación con corticoides y anti-coagulantes. La exposición solar se considera el principal factor de envejecimiento cutáneo prematuro, resultado de un conjunto de procesos complejos, aunque en el presente estudio no ha podido ser valorada. Sí es cierto que, al igual que en la bibliografía consultada, se ha observado una mayor afectación en miembros superiores (antebrazos y dorso de las manos) y antepiernas, localizaciones claramente relacionadas con la exposición a radiaciones ultravioletas^(9,13,18).

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

En relación con las manifestaciones que se han presentado con mayor frecuencia encontramos en primer lugar la fragilidad cutánea y la púrpura senil; seguidas de las pseudocicatrices. Estas lesiones se encuadran en el estadio más leve de la patología y, por ende, el de mayor prevalencia en nuestro estudio. Sin embargo, cobran especial importancia las laceraciones y los hematomas disecantes ya que son lesiones con alto costo sanitario y trascendencia clínica, a pesar de que muchos autores hacen referencia a la falta de estudios sobre su manejo^(20,21). Los hematomas disecantes requieren de desbridamiento y tratamiento electivo. La utilización de un protocolo clínico basado en el desbridamiento no traumático es una herramienta útil para conseguir la cicatrización de la lesión⁽¹⁹⁾.

La dermatoporosis puede alterar de forma significativa la calidad de vida y tener serias repercusiones; además de ser un factor de riesgo importante en el desarrollo de otras lesiones como las úlceras por presión. También supone una alteración en la cicatrización normal de las heridas, con la consiguiente evolución tórpida, tal y como se ha podido observar en aquellos pacientes con úlceras, en los que el tiempo de evolución media supera el año^(22,23).

La prevención se considera el pilar más importante en su manejo. Para ello, los profesionales sanitarios, deben tener los conocimientos adecuados que permitan identificar las personas en riesgo y las lesiones precoces, evitando su evolución desfavorable. Sin embargo, en este estudio se observa que los conocimientos que manifiestan, tanto los pacientes encuestados, como los profesionales sobre la patología, son escasos. A pesar de que estos últimos han oído hablar de ella, ninguno de los encuestados conoce los estadios ni tipos. Sí que es cierto que casi el total de los profesionales encuestados afirman que la prevención de la dermatoporosis es importante por la problemática que supone, siendo conscientes de la falta de formación.

Rutinas diarias similares a las que propone Humbert et al⁽²⁴⁾ basadas en una limpieza e hidratación adecuada, en la protección frente a sustancias irritantes y la aplicación de fotoprotección diaria serían útiles en el mantenimiento de la integridad de la barrera cutánea en las personas mayores.

CONCLUSIONES:

- La prevalencia de dermatoporosis en nuestro estudio es del 21,14%, inferior al resto de los estudios publicados.

- La clínica más frecuente es la púrpura senil y las pseudocicatrices, que coinciden con el estadio I de la patología. Se observa principalmente en zonas expuestas al sol, como son las extremidades.
- Es una patología todavía desconocida por la población afectada.
- El conocimiento de la dermatoporosis por parte de los profesionales sanitarios es escaso. La formación al respecto permitirá identificar de forma precoz las lesiones y aplicar los cuidados más adecuados.
- La prevención es el pilar básico para disminuir su incidencia. La aplicación de preparados tópicos en base de ácido hialurónico ayuda a mejorar la evolución.
- El desarrollo de nuevas investigaciones será útil para ampliar el conocimiento y definir los cuidados óptimos para la prevención y manejo de la dermatoporosis en todas sus fases, avanzando en la aplicación de nuevos tratamientos.

CONFLICTOS DE INTERÉS:

Los autores declaran no tener ninguno. La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica o financiación de agencias del sector público, comercial, o sin ánimo de lucro.

AGRADECIMIENTO:

A los ancianos y profesionales de las residencias socio-sanitarias que han participado en el estudio, desinteresadamente y solamente con el ánimo de prevenir lesiones a sus pacientes.

BIBLIOGRAFÍA:

1. [Abellán A, Aceituno P, Pérez J, Ramiro D, Ayala A, Puyol R. Un perfil de las personas mayores en España, 2019. Indicadores estadísticos básicos. \[Monografía en Internet\]. Madrid: Informes Envejecimiento en Red, Consejo Superior de Investigaciones Científicas; 2019.](#)
2. [Instituto Nacional de Estadística. INE: 1900-2011. Censos de Población y vivienda. 2019: Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2019. \[Internet\]. Madrid: INE, 2019 \[Actualizado a 1 abr 2019\].](#)

3. Konda S, Meier-Davis SR, Cayme B, Shudo J, Maibach HI. Age-related percutaneous penetration part 1: skin factors. *Skin Therapy Lett* [Internet]. 2012;17(5):1–5.
4. Lozada SM, Rueda R. Envejecimiento cutáneo. *Rev Asoc Colomb Dermatol* [Internet]. 2010;18:10–7.
5. De Paula Yoneda P, Martins Gomez MS, Eernandez Biancolin S, Amante Miot H. Association between skin thickness and bone density in adult women. *An Bras Dermatol*. 2011;86(5):878–84.
6. Valacchi G, Sticozzi C, Pecorelli A, Cervellati F. Cutaneous responses to environmental stressors. *Ann N Y Acad Sci*. 2012;1271(2012):75–81.
7. Flament F, Laquieze S, Bazin R, Rubert V. Effect of the sun on visible clinical signs of aging in Caucasian skin. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2013;6:221–32.
8. Krutmann J, Bouloc A, Sore G, Bernard BA, Passeron T. The skin aging exposome. *J Dermatol Sci* [Internet]. 2017;85(3):152–61.
9. Kaya G, Saurat JH. Dermatoporosis: A chronic cutaneous insufficiency/fragility syndrome—Clinico pathological features, mechanisms, prevention and potential treatments. *Dermatology* [Internet]. 2007;215(4):284–94.
10. Saurat J-H, Mengeaud V, Georgescu V, Coutanceau C, Ezzedine K, Taleb C. A simple self-diagnosis tool to assess the prevalence of dermatoporosis in France Funding sources. *JEADV*. 2017;31(8):1380–6.
11. Mengeaud V, Dautezac-Vieu C, Josse G, Vellas B, Schmitt AM. Prevalence of dermatoporosis in elderly French hospital in-patients: A cross-sectional study. *Br J Dermatol* [Internet]. 2012;166(2):442–3.
12. Kluger N, Impivaara S. Prevalence of and risk factors for dermatoporosis: a prospective observational study of dermatology outpatients in a Finnish tertiary care hospital. *J Eur Acad Dermatology Venereol* [Internet]. 2019;33(2):447–50.
13. Dyer JM, Miller RA. Chronic Skin Fragility of Aging: Current Concepts in the Pathogenesis, Recognition, and Management of Dermatoporosis. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2018;11(1):13–8.
14. Palomar-Llatas F, Fornés-Pujalte B, Arantón-Areosa L, Rumbo-Prieto JM. Envejecimiento cutáneo y dermatoporosis. *Enferm Dermatol* [Internet]. 2013;7(18-19):8-13.
15. Kaya G, Saurat JH. Dermatoporosis: A new concept in skin aging. *Eur Geriatr Med* [Internet]. 2010;1(4):216–9.
16. Barnes L, Tran C, Sorg O, Hotz R, Grand D, Carraux P, et al. Synergistic effect of hyaluronate fragments in retinaldehyde-induced skin hyperplasia which is a Cd44-dependent phenomenon. *PLoS One* [Internet]. 2010;5(12):1–9.
17. Kaya G, Kaya A, Sorg O, Saurat J-H. Dermatoporosis, a prevalent skin condition affecting the elderly: current situation and potential treatments. *Clin Dermatol* [Internet]. 2019;37(4):346–50.
18. Kaddurah H, Braunberger TL, Vellaichamy G, Nahhas AF, Lim HW, Hamzavi IH. The Impact of Sunlight on Skin Aging. *Curr Geriatr Reports* [Internet]. 2018;7(4):228–37.
19. Palomar-Llatas F, Fornes-Pujalte B, Sierra-Talamantes C, Diez-Fornes P, Castellano-Rioja Elena, Palomar-Albert D, et al. Uso de un apósito para el desbridamiento osmótico de hematomas subcutáneos postraumáticos. *Enferm Dermatol* [Internet]. 2016;10(28):16–22.
20. Vanzi V, Toma E. Recognising and managing age-related dermatoporosis and skin tears. *Nurs Older People* [Internet]. 2018;30(3):26–31.
21. Case of deep dissecting hematoma resulting in sepsis due to *Pseudomonas aeruginosa* infection. 2018 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5887959/pdf/JDE-45-e65.pdf>
22. Kurashige Y, Minemuta T, Nagatani T. Three Cases of Sacral Pressure Ulcers Presenting Primary Dermatoporosis on the Forearms. *Case Rep Dermatol* [Internet]. 2013;5:73–8.
23. Toma Elena FL. Skin tears flap management in patient affected by dermatoporosis. *SensesSci* [Internet]. 2018;5(3).
24. Humbert P, Dréno B, Krutmann J, Luger A, Triller R, Meaume S, et al. Recommendations for managing cutaneous disorders associated with advancing age. *Clin Interv aging*. 2016;11–141.

HERPES ZÓSTER TORÁCICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

THORACIC HERPES ZOSTER: A CASE REPORT

Autores:  Carmen-María Cuenca-Simón^{(1)*},  Elena Castellano-Rioja⁽²⁾, Patricia Ballester-Valero⁽³⁾

(1) Enfermera. Máster en Deterioro de la Integridad Cutánea, Úlceras y Heridas. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Público Universitario de La Ribera.

(2) Cátedra Hartmann de Integridad y Cuidado de la Piel. Universidad Católica de Valencia.

(3) Enfermera. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Público Universitario de La Ribera.

Contacto: carmen.cuenca.1982@gmail.com

Fecha de recepción: 19/11/2019
Fecha de aceptación: 16/12/2019

Cuenca-Simón CM, Castellano-Rioja E, Ballester-Valero P. Herpes Zóster torácico: a propósito de un caso. *Enferm Dermatol.* 2019;13(38):55-57. doi: 10.5281/zenodo.3588490

RESUMEN:

Caso clínico de una mujer de 37 años con antecedentes de varicela a los 3 años, que presenta Herpes Zóster en el costado izquierdo del tórax. La sintomatología requirió de diversos tratamientos farmacológicos según fase evolutiva de la patología. Se realizó un plan de cuidados de enfermería. Finalmente, el Herpes Zóster se resolvió desde la fase prodrómica hasta la resolución de la patología en un tiempo total de treinta días.

Palabras clave: Herpes Zóster, brivudina, cuidados de enfermería.

ABSTRACT:

Clinical case of a 37-year-old woman with a history of varicella at 3 years, presenting Herpes Zoster on the left side of the chest. The symptomatology required various pharmacological treatments according to the evolutionary phase of the pathology. A nursing care plan was made. Finally, Herpes Zoster was resolved from the prodromal phase until the resolution of the pathology in a total time of thirty days.

Keywords: Herpes Zoster, brivudine, nursing care.

INTRODUCCIÓN:

El Herpes Zóster (en adelante HZ), aparece después de la primo infección por el virus de la varicela zóster, debido a que este permanece latente en los nervios espinales o craneales. Se caracteriza por la aparición de un dermatoma vesicular doloroso⁽¹⁾.

En torno a un 20% de la población puede desarrollar el HZ, aumentando esta cifra en pacientes inmuno-deprimidos. Su aparición está relacionada con periodos de estrés, edad avanzada, enfermedades autoinmunes y estados de inmunodepresión^(2,3).

El tratamiento farmacológico consiste en la administración de antiviricos como: aciclovir, valaciclovir, famciclovir y brivudina; siendo la brivudina el tratamiento de elección por mayor control del dolor y su sencillez en la posología⁽⁴⁾.

La complicación más frecuente es la neuralgia postherpética, con una gran repercusión en la calidad de vida del paciente. Su aparición está relacionada con la edad avanzada, déficit sensorial inicial en el dermatoma, alodinia, dolor intenso durante el periodo prodrómico y clínico, género femenino, factores psicosociales y según su localización y extensión, siendo mayor cuando afecta al nervio trigémino⁽⁵⁾.

El objetivo de la presentación del caso clínico, fue dar a conocer el proceso evolutivo de la patología, con toda la sintomatología objetiva y subjetiva de la paciente, y el tratamiento farmacológico administrado en cada etapa evolutiva de la enfermedad, así como identificar los dominios alterados en el plan de cuidados de enfermería.

DESARROLLO DEL CASO:**Antecedentes:**

El presente caso clínico trata de una mujer de 37 años de edad, inmunocompetente y de profesión enfermera.

CASOS CLÍNICOS

Padeció de varicela a la edad de 3 años y, actualmente sufre de dismenorrea, sin más antecedentes de interés para el caso.

Cuando acude a consulta, presenta un dermatoma en el hipocondrio izquierdo; aunque cinco días antes de dicha erupción cutánea ya presentó cierta sintomatología difusa que inició con dolor punzante intermitente en el costado izquierdo de intensidad 5 en la escala EVA del dolor y disestesia en la zona desde la columna espinal hasta el ombligo.

En los días posteriores, se hizo más aguda la sintomatología, añadiendo el dolor en región lumbar de la parte izquierda. La paciente lo relacionó con dolor menstrual debido a que, a los dos días de comienzo de la sintomatología, tuvo la menstruación y es habitual en ella el dolor por la dismenorrea que sufre.

También, refiere que comentó con compañeras de trabajo sus síntomas, pues no terminaba de encontrarse bien. Lo que más le preocupaba era la hipoalgesia y el dolor lumbar. Al no tener sintomatología urinaria, una compañera médica le comentó que podría ser el comienzo de un HZ, por lo que la paciente estuvo en alerta los días posteriores.

Al quinto día del comienzo de la sintomatología, la paciente observó una pequeña erupción de vesículas en hipocondrio izquierdo, por lo que fue a urgencias de Atención Primaria (en adelante AP) donde le diagnosticaron un posible Zóster, ya que aún no había muchas vesículas.

Evolución del caso clínico:

El médico de AP le prescribió Aciclovir 50 mg/g crema, la cual tenía que colocar en la lesión 3 veces al día durante una semana, y le aconsejaron volver al día siguiente si la erupción empeoraba para añadirle el tratamiento oral. Efectivamente, al día siguiente la erupción era mayor, por lo que tuvo que volver a AP donde le recetaron Brivudina 125 mg en comprimidos.

Durante la semana de tratamiento, la paciente continuó con dolor y cansancio. Además, tuvo inflamación de un ganglio axilar de la zona afectada. Refiere que la sensación de hipoalgesia fue desapareciendo poco a poco.

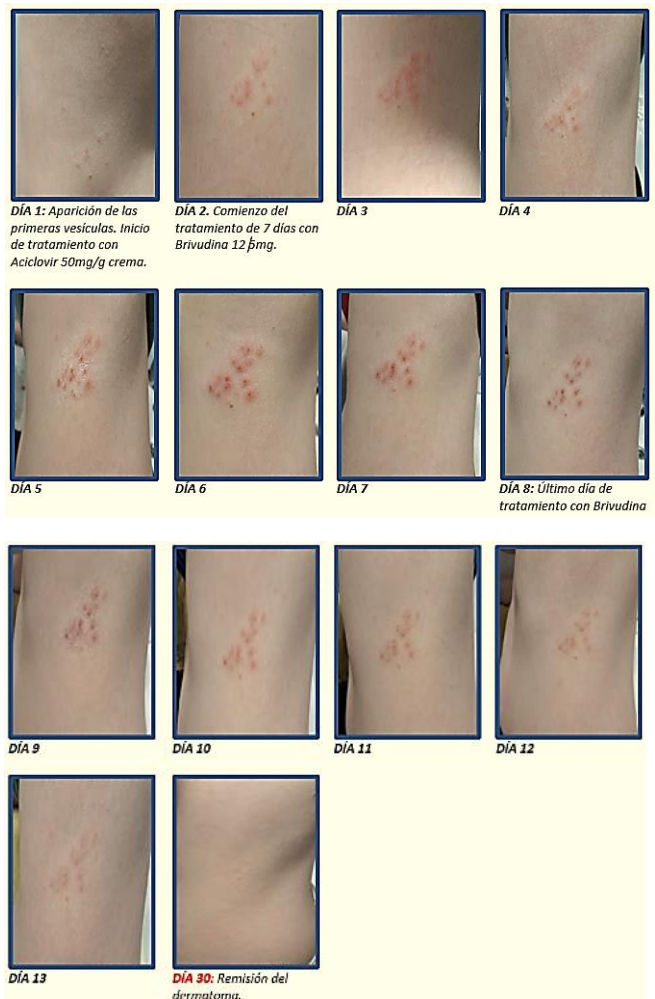
Al día siguiente de haber finalizado el tratamiento oral, la paciente se da cuenta de que tiene las encías rojas y muy inflamadas, además refiere prurito en paladar, encías, oídos y zona peribucal de intensidad variable

que incluso la despiertan durante la noche, por lo que decide ir al día siguiente a su médico de AP.

El médico le prescribe Vitamina A en cápsula de gelatina blanda, 1 al día durante 10 días, y Bilastina 20 mg, 1 comprimido al día hasta remitir sintomatología. Ese día, la paciente describe que apenas pudo comer por el prurito que le producía la comida, sobre todo en el paladar.

Al día siguiente, la paciente se encontraba con cansancio extremo, tenía fuertes migrañas de intensidad 8 en la escala EVA del dolor y como no había mejorado el prurito, fue a urgencias donde le administraron Dexketoprofeno 50 mg endovenoso, y le cursaron una analítica. El antiinflamatorio tuvo buena respuesta para la migraña y la inflamación bucal. Los resultados bioquímicos y hematológicos de la analítica fueron correctos. La paciente mejoró notablemente después de ese día y su agotamiento extremo fue remitiendo paulatinamente.

La evolución del dermatoma por Herpes Zóster fue favorablemente resuelta en 30 días, como se puede observar en la siguiente secuencia de imágenes:



Diagnósticos de enfermería:

Tras realizar la valoración de enfermería y el plan de cuidados, se observó una alteración en los dominios: nutrición, percepción-cognición, afrontamiento-tolerancia al estrés, seguridad-protección y confort. En la **tabla 1** quedan recogidos los diagnósticos NANDA, resultados NOC e intervenciones NIC identificados para este caso.

DOMINIO 2: Nutrición	Clase 1. Ingestión: Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales (00002)
	Clase 5. Hidratación: Riesgo de desequilibrio electrolítico (00195) Riesgo de déficit de volumen de líquidos (00028)
	NOC Estado nutricional: Ingestión alimentaria y de líquidos (1008)
DOMINIO 5: Percepción /Cognición	NIC Manejo de la nutrición (1100) Manejo de líquidos (4120)
	Clase 4. Cognición: Conocimientos deficientes (00126) Disposición para mejorar los conocimientos (00161)
	NOC Conocimiento: proceso de la enfermedad (1803)
DOMINIO 9: Afrontamiento/ Tolerancia al estrés	NIC Enseñanza individual (5606) Enseñanza: procedimiento/tratamiento (5618)
	Clase 2. Respuestas de afrontamiento: Ansiedad (00146)
	NOC Afrontamiento de problemas (1302) Autocontrol de la ansiedad (1402) Concentración (0905)
DOMINIO 11: Seguridad/ Protección	NIC Disminución de la ansiedad (5820) Técnica de relajación (5880)
	Clase 1. Infección: Riesgo de infección (00004)
	Clase 2. Lesión física: Deterioro de la integridad cutánea (00046)
DOMINIO 12: Confort	NOC Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101)
	NIC Control de infecciones (6540) Vigilancia de la piel (3590)
	Clase 1. Confort físico: Dolor agudo (00132)
DOMINIO 12: Confort	NOC Control del dolor (1605)
	NIC Manejo del dolor: agudo (1410)

Tabla 1: Plan de cuidados NANDA-NOC-NIC (6-8).

CONCLUSIONES:

La aparición del HZ pudo ser debida a una combinación de un periodo de estrés y la menstruación. Se resolvió desde la fase prodrómica hasta la resolución de la patología, en un tiempo total de treinta días. El tratamiento con Brivudina 125mg redujo notablemente el dolor post-neurálgico.

El presente caso clínico nos ayuda a conocer en primera persona todo el proceso biopsicosocial de la paciente y la repercusión que tuvo durante la patología, viéndose reflejada en el plan de cuidados, por lo que la enfermería cobra un papel importante en el cuidado de la paciente. Del mismo modo, puede orientar a los profesionales sanitarios en el abordaje y realización de educación para la salud de la misma.

CONFLICTOS DE INTERÉS:

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA:

- Dayan RR, Peleg R. Herpes zoster - typical and atypical presentations. Postgrad Med. 2017; 129(6):567-71.
- García A, Guerra Tapia A, Torregrosa JV. Tratamiento y prevención del herpes zoster. Med Clin (Barc). 2005;125 (6): 215-20.
- Bollea-Garlatti ML, Bollea-Garlatti LA, Vacas AS, Torre AC, Kowalczuk AM, Galimberti RL et al. Características clínicas y evolutivas de una población con herpes zoster diseminado: un estudio de cohorte retrospectiva. Actas Dermosifiliogr. 2016; 108(2):145-52.
- Yaldiz M, Solak B, Kara RO, Cosansu N, Erdem MT. Comparison of Famciclovir, Valaciclovir, and Brivudine Treatments in Adult Immunocompetent Patients With Herpes Zoster. Am J Ther. 2018;25(6):e626-e34.
- Cisterna Cáncer R. Documento de consenso sobre prevención de Herpes Zóster y neuralgia post-herpética. Bizcaia: Asociación de Microbiología y Salud; 2014.
- Herdman TH, Kamitsuru S. NANDA International Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2015-2017. Oxford: Wiley-Blackwell; 2015.
- Moorhead S, Johnson M, Swanson E, editores. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. 5ª Ed. Barcelona: Elsevier España; 2013.
- Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CH, editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª Ed. Barcelona: Elsevier España; 2013.

IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA DERMATITIS ATÓPICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

IMPORTANCE OF HEALTH EDUCATION IN ATOPIC DERMATITIS. A CASE REPORT

Autora:  Araceli Sara Temprano-Andrés

Enfermera Quirón Prevención. Servicio Médico SEG Automotive, Treto(Cantabria).

Contacto: saratemprano8@gmail.com

Fecha de recepción: 23/09/2019
Fecha de aceptación: 16/12/2019

Temprano-Andrés AS. Importancia de la educación para la salud en la dermatitis atópica. A propósito de un caso. Enferm Dermatol. 2019;13(38):58-60. doi: 10.5281/zenodo.3590298

RESUMEN:

Se presenta el caso de un varón de 26 años que acude a consulta con brote de dermatitis atópica en extremidades inferiores y superiores. La actitud terapéutica se basó en brindar al paciente una serie de cuidados generales y educación para la salud que sirvieran de apoyo al tratamiento farmacológico para mantener su enfermedad bajo control. Tras 12 días se comprueba que la educación recibida resultó beneficiosa para mejorar su calidad de vida. Se aborda de esta manera la importancia del papel de enfermería en los cuidados y el tratamiento de esta enfermedad, lo que permite plantearse nuevas líneas de actuación respecto a la misma.

Palabras clave: dermatitis atópica; enfermería, educación en salud.

ABSTRACT:

The case of a 26-year-old male who comes to the consultation with an outbreak of atopic dermatitis in the upper and lower extremities is presented. The therapeutic attitude was based on providing the patient with a series of general care and health education that would support pharmacological treatment to keep his illness under control. After 12 days, it is proven that the education received was beneficial to improve their quality of life. In this way, the importance of the role of nursing in the care and treatment of this disease is addressed, which allows us to consider new lines of action regarding it.

Keywords: atopic dermatitis; nursing, health education.

INTRODUCCIÓN:

Se consideran enfermedades atópicas aquellos trastornos de origen alérgico causados por la acción de las inmunoglobulinas E sobre las células. Este grupo incluye la dermatitis atópica, el asma, la rinitis y algunas alergias alimentarias.

La dermatitis atópica (DA) es la manifestación cutánea de la atopía; se trata de una enfermedad inflamatoria crónica, que se manifiesta en forma de lesiones dermatológicas y evoluciona en forma de brotes y remisiones. Su síntoma fundamental es el prurito. Se considera una enfermedad típica de la infancia, puesto que tanto su prevalencia como su intensidad disminuyen con la edad⁽¹⁾. Así, el 90% de los casos comienzan a manifestar síntomas antes de los 5 años de edad, y en el 60% de ellos desaparece al alcanzar la edad adulta⁽²⁾. Sin embargo, hay evidencias de que en aquellos casos que la enfermedad persiste en la época adulta suele surgir de manera más crónica y grave⁽³⁾.

Con este artículo se quiere presentar un caso clínico de un paciente adulto con dermatitis atópica que, gracias a los consejos de educación para la salud sobre la enfermedad, mejoró su calidad de vida; así como, identificar el papel de la enfermería comunitaria en los cuidados a pacientes que padecen DA.

DESARROLLO DEL CASO:

Antecedentes:

Varón de 26 años, con diagnóstico de dermatitis atópica

CASOS CLÍNICOS

desde los 3 meses de edad. Había sido tratado en la infancia con corticoides intramusculares, durante la adolescencia con corticoides intramusculares y agentes tópicos, y en los últimos dos años ha seguido un tratamiento de manera intermitente con medicación tópica, corticoides orales y fármacos antihistamínicos. También, es fumador de 10 cigarrillos al día. Diagnosticado de asma leve desde 2017.

El paciente acude a consulta por brote de dermatitis atópica. Presenta lesiones eritematosas fundamentalmente en zonas de flexura y zona lumbar^(Imagen 1), así como heridas abiertas (algunas sobreinfectadas) en tronco y cuello. A la exploración se advierten zonas liquenificadas en pliegues antecubitales de ambas extremidades superiores y en pliegues posteriores de ambas rodillas.



Imagen 1: lesiones eritematosas en extremidades por dermatitis atópica.

En la entrevista el paciente refiere padecer siempre los síntomas de la DA, teniendo en algunas ocasiones brotes más graves que en otras, pero nunca haber vivido un período de remisión completa de su enfermedad. Además, manifiesta importantes problemas para conseguir un adecuado descanso nocturno debido al picor que le provoca su enfermedad.

Evolución y tratamiento:

En el momento de la consulta el paciente está tratando de controlar el brote con Diprogrenta® (dipropionato de betametasona + sulfato de gentamicina) aplicada en las zonas con lesiones c/8h.

Durante la entrevista el paciente refiere tener problemas para conciliar el sueño y tener un descanso de calidad, hecho que atribuye al picor que le provoca su enfermedad. Reconoce que los días que descansa peor se siente más irritable y agobiado, lo que le genera un

estrés que habitualmente desemboca en un empeoramiento del estado de su piel.

Manifiesta desconocer la existencia de unas pautas generales que le permitan mantener el control de su enfermedad, por lo que se decide invertir el tiempo de la consulta en explicar dichas recomendaciones, así como citar con el médico para revisión del tratamiento. A los 12 días de la consulta inicial el paciente acude de nuevo para seguimiento de la patología, refiere que, a pesar de que el médico no le modificó el tratamiento a seguir, sí ha notado cierta mejoría siguiendo los cuidados generales indicados en la sesión anterior, manteniendo el prurito bajo control lo que le ha permitido notar una disminución en el número de lesiones por excoriación.

CONCLUSIONES:

La dermatitis atópica suele causar notables limitaciones en aquellos que la sufren, como problemas de autoestima relacionados con las heridas y cicatrices secundarias a la existencia de lesiones, problemas de sueño derivados del prurito que impide el correcto descanso, carga económica, tanto para los pacientes como para el sistema sanitario. Algunos estudios avalan que los costes que ocasiona la asistencia sanitaria a pacientes con DA en adultos pueden equipararse a aquellos ocasionados por la epilepsia o el enfisema⁽⁴⁾.

La incorporación de una serie de pautas de educación sanitaria a la vida diaria como apoyo al tratamiento farmacológico permite espaciar las exacerbaciones de la enfermedad, así como reducir su gravedad, lo cual redundaría de manera directa en una mejora en la calidad de vida de los pacientes con esta afección, además de disminuir el gasto sanitario.

En este caso concreto, el paciente ya conoce la afección que sufre (pronóstico, manifestaciones clínicas y curso habitual), por lo que nuestro objetivo prioritario fue explicarle de manera clara y alejada de términos excesivamente técnicos, que puedan dar lugar a confusión, aquellas directrices generales que ayudan a un mejor control de su enfermedad (técnicas de higiene, hidratación, recomendaciones sobre los componentes de sus vestimentas, medidas de higiene de sueño, etc.).

En este tipo de enfermedades crónicas es particularmente importante lograr que el paciente se sienta respaldado para evitar sentimientos de desamparo e incluso ira, que pueden derivar en un menor cumplimiento terapéutico, con lo que se incrementarían las recidivas y la gravedad de las mismas. Así, se deduce

que el personal de enfermería puede ostentar un papel de gran importancia en esta patología, favoreciendo una mejor gestión de la enfermedad tanto en período de brotes como en período de calma, logrando al mismo tiempo en una mejor adherencia terapéutica que conlleva, a su vez, un incremento en la calidad de vida de los pacientes.

Una vez comprendida la importancia de la educación individual en esta patología, y dada su elevada prevalencia (entre el 2% y el 20% en la población general en función del grupo de edad y los criterios diagnósticos empleados⁽⁵⁾) podría explotarse el campo de la educación grupal, tal y como se realiza en las Escuelas de La Atopía⁽⁶⁾, que tiene sede en más de 25 países.

Sin embargo, dichas escuelas están fundamentalmente orientadas hacia la DA en niños, por lo que sería interesante orientar futuros proyectos hacia los adultos que sufren esta enfermedad, puesto que está demostrado que los pacientes con DA de larga duración responden más tarde y peor⁽⁷⁾.

Dichos proyectos podrían enfocarse tanto hacia el ámbito psicosocial como al educativo, y dirigirse no solo hacia aquellos pacientes que sufren esta enfermedad, sino también, hacia los profesionales que los atienden.

De esta manera, a través de la educación grupal de los pacientes estos podrían compartir sus anhelos y experiencias, contribuyendo a desestigmatizar la enfermedad, lo cual indudablemente tendría un efecto positivo en sus vidas.

Los profesionales, en cambio, incrementarían su formación en DA, lo cual mejoraría sus estrategias de manejo, pudiendo llegarse a crear una herramienta de diagnóstico estandarizada, así como mapas de actuación frente a esta enfermedad.

AGRADECIMIENTOS:

Al paciente por prestarse a colaborar con este caso clínico.

CONFLICTO DE INTERÉS:

La autora declara carecer de conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Ridao i Redondo M. Dermatitis atópica. *Pediatr Integral*. 2012;XVI: 213-21.
2. Polo N. Dermatitis atópica. *JANO*. 2003;64(1475): 42-4.
3. Gu S, Yang AWH, Xue CCL, Li CG, Pang C, Zhang W, Williams HC. Hierbas medicinales chinas para el eccema atópico. *Revisión sistemática Cochrane*; 2013.
4. Makrgeorgou A, Leonardi-Bee J, Bath-Hextall FJ, Murrell DF, Tang MLK, Roberts A, Boyle RJ. Probióticos para el tratamiento del eccema. *Revisión sistemática Cochrane*; 2018.
5. Salamanca A, Hewitt N. Factores biológicos y psicológicos de la dermatitis atópica. *Psychologia*. 2012;5(1):47-58.
6. [Fondation Dermatite Atopique.org](http://FondationDermatiteAtopique.org) [sede web]. Toulouse-Francia: Fundación por la Dermatitis Atópica – Investigación y Educación; 2019 [update 2010 febr 2].
7. Llorente B, Rodrigo S. Dermatitis Atópica: del diagnóstico a la definición de una ruta asistencial. *Rev Esp Economía Salud [Internet]*; 2019; 14(1): 167-79.

HERRAMIENTAS PARA ENCONTRAR ARTÍCULOS CIENTÍFICOS DE MANERA GRATUITA Y LEGAL

TOOLS TO FIND SCIENTIFIC ARTICLES FOR FREE AND LEGAL

Autora:  Salomé Romero-Pérez

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

Contacto: salome.romero.perez@sergas.es

Fecha de recepción: 12/12/2019
Fecha de aceptación: 16/12/2019

Romero-Pérez S. Herramientas para encontrar artículos científicos de manera gratuita y legal. *Enferm Dermatol.* 2019;13(38): 61-63. doi: 10.5281/zenodo.3580077

El movimiento Open Access o acceso abierto, tiene como propósito fundamental permitir el acceso libre, gratuito y sin restricciones a la literatura científica y académica a los investigadores. Será en el año 2002, con la Declaración de Budapest (*Budapest Open Access Initiative, BOAI*), seguida en 2003 de la Declaración de Bethesda (*Bethesda Statement on Open Access Publishing*), la Declaración de Berlín (*Berlin Declaration on Open Access to Knowledge in the Sciences and Humanities*) y la Declaración de la Alhambra (*Alhambra Declaration on Open Access-2010*); entre otras declaraciones posteriores, cuando existe un fuerte compromiso social de apoyo y reconocimiento del valor intrínseco del Open Access (OA)^(1,2).

Queda establecido la existencia de dos vías fundamentales para conseguir el objetivo del acceso abierto. “La ruta dorada” o la de publicación en revistas open access y “la ruta verde” o el archivo (auto-archivo) o depósito de recursos digitales en repositorios institucionales o temáticos^(2,3).

Así mismo, con el desarrollo del movimiento Open Access se ha propiciado la aparición de nuevas herramientas (aplicaciones) que van a facilitar a los investigadores la obtención de trabajos científicos de manera legal, rápida y gratuita.

En este artículo de Derm@red hablaremos de cuatro extensiones que se pueden instalar en los navegadores de internet para encontrar si existe una copia libre del artículo científico que queremos consultar llevándonos directamente a él en muy pocos clics y ahorrándonos tiempo, dinero y energía cuando necesitamos buscar información científica.

Por otro lado, las extensiones para localizar artículos en acceso abierto, las podemos clasificar en dos grandes grupos: activas y pasivas⁽⁴⁾. Las activas funcionan de manera continua y examinan todas páginas en las que el usuario está navegando en cada momento. Si durante la navegación localizan el código DOI (digital object identifier – Identificador de objeto digital), buscan una copia en acceso abierto del documento en diferentes repositorios, páginas personales de autores y revistas Open Access. Es el caso de las extensiones *Unpaywall*® y *Kopernio*®. Las pasivas, sin embargo, se activan cuando el usuario selecciona un texto o accede a un portal de pago y pulsa sobre el botón de la extensión. De esta manera, trabajan las extensiones *Open Access Button*® y *Google Scholar Button*®.

Todas las herramientas citadas funcionan con los navegadores Google Chrome® y Mozilla Firefox®. Se añaden desde el botón de personalización del navegador yendo al apartado de “extensiones”. Una vez instaladas aparecerá un icono representativo de la aplicación en la barra de herramientas. En la **imagen 1** podéis ver el aspecto de las cuatro extensiones en el navegador Google Chrome®.

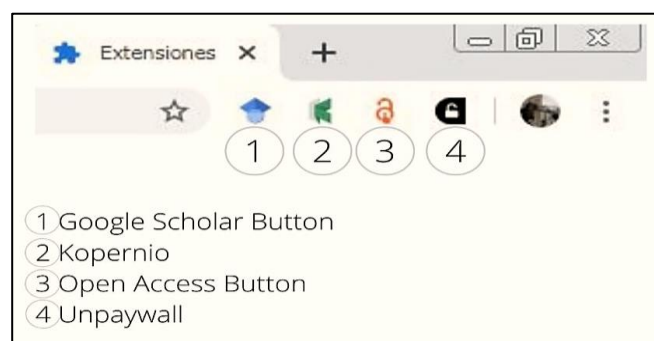


Imagen 1: integración de las aplicaciones en el navegador Google Chrome.

Además, se pueden integrar en un proxy (punto intermedio de acceso a internet), de manera que también nos ofrece los textos completos de las publicaciones a las que nuestra institución está suscrita.

Así mismo, es muy recomendable que se instalen las cuatro extensiones en el navegador, porque es posible que solo una de ellas encuentre lo que buscamos y las demás no. Todas ellas se suelen complementar al realizar una búsqueda ya que, no utilizan la misma estrategia para localizar los documentos.

UNPAYWALL (Imagen 2)

(<https://unpaywall.org>)

Sus datos están integrados en las principales bases de datos científicas (Dimensions, Scopus y Web of Science). Una vez instalado en el navegador, si estamos en una base de datos o en un portal de pago y Unpaywall detecta un DOI, nos muestra un candado en el lateral derecho de nuestra pantalla. Si el fondo del candado es de color verde significa que el artículo tiene una versión en acceso abierto (Imagen 3). Solo tenemos que clicar sobre el candado para obtener el documento. Si no, el fondo del candado aparece en color gris.



Imagen 2: captura de la página web de Unpaywall.



Imagen 3: aspecto de Unpaywall cuando un artículo está en acceso abierto. (Fuente: <http://unpaywall.org/welcome>).

KOPERNIO (Imagen 4)

(<https://kopernio.com>)

En la actualidad, pertenece a los dueños de la Web of Science Group (Clarivate Analytics Company) aunque empezó como software independiente. La extensión se activa al detectar un DOI cuando navegamos por una base de datos, un repositorio o un portal de pago. Si para este documento existe una versión en abierto, aparecerá una etiqueta en la parte inferior izquierda de la pantalla de color verde con el mensaje View PDF (Imagen 5).



Imagen 4: captura de la página web de Kopernio.

Aunque no es obligatorio, podemos crear una cuenta en Kopernio, lo que nos va a proporcionar varias ventajas. Si hacemos el registro desde nuestra institución, Kopernio, a través del proxy, nos dará acceso a los documentos completos de las publicaciones a las que esté suscrita la biblioteca y además tendremos un espacio personal de almacenamiento para guardar los PDF que leemos.



Imagen 5: aspecto de Kopernio cuando un artículo está en acceso abierto. (Fuente: <https://kopernio.com>).

OPEN ACCESS BUTTON (Imagen 6)

(<https://openaccessbutton.org>)

Esta herramienta fue creada en 2013 por unos estudiantes que estaban “cansados” de pagar para poder consultar artículos científicos. En 2015 recibe el premio *Sparc innovador award*, por su contribución al acceso abierto. Una vez que instalamos la extensión en nuestro navegador aparece un candado de color naranja en la barra de herramientas (Imagen 7).

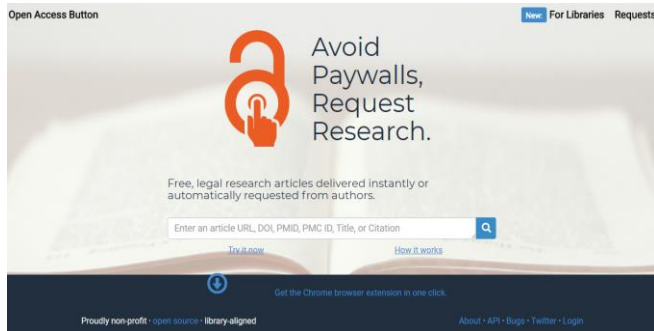


Imagen 6: captura de la página web de Open Access Button.

Cuando nos encontramos navegando por una base de datos o en un portal de pago y pulsamos sobre el botón del Open Access Button, se lanza una búsqueda por distintos repositorios, revistas de acceso abierto y páginas personales de autores, y si detecta una copia en formato open access nos permite descargarla. Si no hay copia, tenemos la posibilidad de enviar un correo al autor del trabajo para que nos lo envíe.

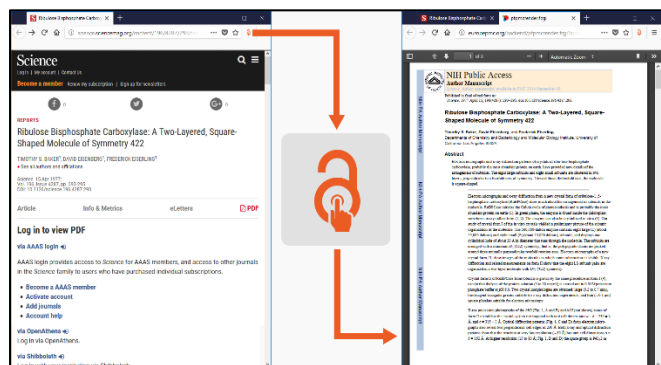


Imagen 7: aspecto de Open Access Button cuando un artículo está en acceso abierto. (Fuente: <https://addons.cdn.mozilla.net/user-media/previews/thumbs/202/202417.png?modified=1543520394>).

GOOGLE SCHOLAR BUTTON (Imagen 8)

(<https://chrome.google.com/webstore/>)

Una vez que instalamos esta extensión, si presionamos sobre el botón, se abre una caja de búsqueda. En ella podemos escribir el título del documento que queremos localizar y nos va a devolver los tres primeros resultados. Si pulsamos el icono de pantalla completa situado en la

parte inferior a la izquierda se abrirá una pestaña nueva con todos los resultados (Imagen 9). Obtenemos el mismo resultado si en lugar de escribir en la caja de búsqueda seleccionamos el título o la referencia bibliográfica con el cursor y pulsamos sobre el botón de Google Scholar.

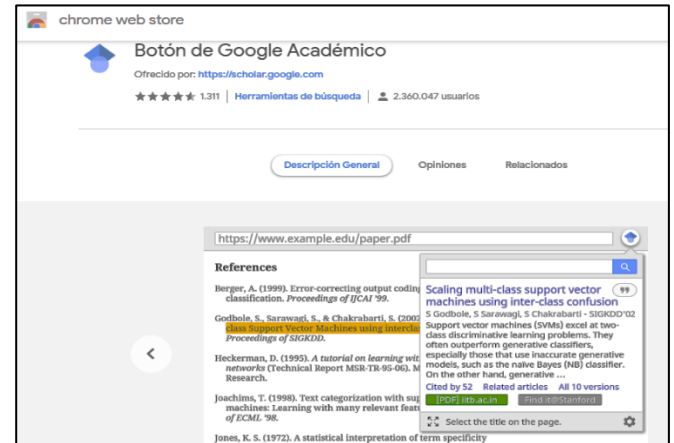


Imagen 8: captura de la página google web store para instalar la extensión Google Scholar Button.

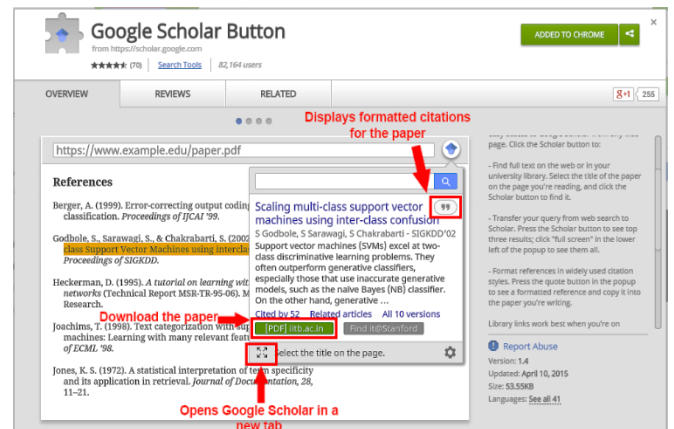


Imagen 9: aspecto de google Scholar Button cuando un artículo está en acceso abierto. (Fuente: <http://googlescholaridigest.blogspot.com>).

BIBLIOGRAFÍA:

1. Maldonado-Martínez A. Introducción al Movimiento Open Access. Revistas y Repositorios de Acceso Abierto. [Material Didáctico]. Digital CSIC [Internet]; 2017. doi: 10.13140/RG.2.2.34268.28805
2. Sociedad Española de Documentación e Información Científica (SEDIC). Acceso Abierto y repositorios de documentos [Web]. Madrid: sedic.es; 2019. Sección formación.
3. Open Society Foundations (OFS). Read the Budapest Open Access Initiative [Web]. London: opensocietyfoundations.org; 2019 [updated 2002 feb 14].
4. Hoy MB. New Tools for Finding Full-Text Articles Faster: Kopernio, Nomad, Unpaywall, and More. Med Ref Serv Q. 2019;38(3):287-92.

COMUNICACIONES ORALES DEL XV CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA DERMATOLÓGICA

“La piel, nuestro reflejo”. Palacio de congresos El Batel, Cartagena (Murcia). 24 - 25 octubre 2019

ANEDIDIC. Comunicaciones Orales del XV Congreso Nacional de Enfermería Dermatológica. *Enferm Dermatol.* 2019;13(38):64-73. doi: 10.5281/zenodo.3583195

ABORDAJE INTEGRAL DE UN PACIENTE INMOVILIZADO CON LESIONES POR PRESIÓN

Rio-Mosso M, Hernández-Jiménez L, Rio-Moso I, López-Jover JC, Martínez-Carrillo MJ, Ezeiza-Ramos A.

Introducción:

Actualmente las tendencias demográficas evidencian el envejecimiento de la población acompañado de un aumento de las enfermedades crónicas, incrementando la invalidez, discapacidad y minusvalía. Ante esta situación de cambio destaca la relevancia del papel del cuidador principal y implantación de cuidados integrales multidisciplinares adaptados a cada situación, con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente y racionalizar los recursos sanitarios.

Presentación caso clínico:

Mujer que a la edad de 83 años sufre ictus (enero 2017) provocándole hemiplejía derecha y un deterioro del estado general, ocasionando una dependencia total para todas las actividades de la vida diaria. En la actualidad vive en su domicilio, asistida por su hija y una cuidadora informal a tiempo parcial.

Evolución:

Debido a la situación de dependencia, se encuentra encamada permanentemente, presentando numerosas lesiones por presión, laceraciones, infecciones recurrentes, malnutrición, anquilosamiento, caquexia y aislamiento social. A pesar de utilizar terapias avanzadas de presión negativa tópica (TPNT), es necesario la implementación de un plan integral de cuidados personalizado que contemple diferentes aspectos, como pueden ser: superficies Especiales de Manejo de la Presión (SEMP); uso de aparatos de Aire Acondicionado, para regular la temperatura de la habitación; fisioterapia con movilización pasiva, o en su defecto uso de Electro Estimulación Muscular (EMS); aporte nutricional acorde a las condiciones del paciente y sus lesiones; entrenamiento a los cuidadores sobre movilizaciones, alimentación, higiene, estimulación sensorial, cuidados de la piel, ergonomía del trabajo, ocio y tiempo libre... Todas estas medidas deben reevaluarse con una frecuencia determinada, para evitar desviaciones en el manejo de éstos pacientes.

Conclusiones:

Ante un acontecimiento que modifica las condiciones de movilidad de un paciente, se deben aplicar todas las medidas conocidas y con evidencia para evitar que se desarrollen de forma insidiosa una serie de complicaciones añadidas que hagan más difícil su abordaje. No es suficiente el uso de superficies de manejo de la presión (SEMP), de forma aislada, se debe complementar con la adopción de técnicas de fisioterapia para evitar/reducir el anquilosamiento de las articulaciones y la pérdida de tono muscular. También se deben incluir valoración de la nutrición, valoración del entorno, y de los cuidadores, en definitiva una valoración global (holística), del paciente.

CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON HERIDAS CRÓNICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Samaniego-Ruiz MJ, Palomar-Llatas F.

Introducción:

Los pacientes con heridas crónicas presentan afectación en su calidad de vida (dolor, reducción de la energía, limitación del ocio y trabajo, preocupaciones, frustración, falta de autoestima, etc.) comparable con la de otras enfermedades crónicas importantes.

Objetivo:

Conocer la calidad de vida de las personas con heridas crónicas atendidas en la zona básica de salud de Benamaurel.

Metodología:

Diseño cualitativo basado en la fenomenología. El nivel de análisis fueron los individuos mayores de 15 años que presentaban heridas crónicas y eran atendidos en sus domicilios o en el centro sanitario. Se excluyeron los pacientes que residían en hogares de ancianos u otros centros de atención residencial, pacientes atendidos en unidades especiales y las personas que por diferentes motivos no pudieran llevar a cabo la entrevista (no entendieran el castellano, demencia, etc.) o no firmaran el consentimiento informado. La captación de sujetos fue llevada a cabo por un único investigador. El tamaño de la muestra estuvo condicionado por la consecución de las inquietudes de los investigadores y determinado por el criterio de saturación de la información, mediante un muestreo de suficiencia. La técnica para recoger la información fue mediante una entrevista personal semiestructurada realizada en el domicilio o en el centro sanitario. La entrevista constó de 4 preguntas abiertas. Para el análisis del contenido se transcribieron literalmente los datos recogidos, preservando el anonimato de los intervinientes mediante la codificación de cada entrevista. A continuación se discriminaron las unidades de significado y se transformaron en expresiones adecuadas para categorizar los datos. La síntesis de datos se realizó mediante nubes de palabras con ayuda del software atlas.ti 8, para mostrar los códigos más frecuentes asociados a cada categoría.

Resultados:

Se realizaron 24 entrevistas, el 75% en el centro de salud y el resto 6/24 en el domicilio del paciente. La muestra estuvo constituida por 11 hombres y 13 mujeres entre 33 y 95 años. En 1 caso se trató de pie diabético, en 4 de úlceras relacionadas con la dependencia, en 9 de úlceras vasculares y en 10 de otros tipos de úlceras. Los resultados de las unidades de análisis fueron 45 códigos y 5 categorías: conocimientos, cambios, mejoría, consejos y aspectos psicológicos.

Conclusión:

Probablemente la cuestión fundamental que explique en gran medida la calidad de vida sea el escaso nivel de conocimientos.

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTE CON HERPES ZÓSTER EN COMPARACIÓN CON OTRAS PATOLOGÍAS CUTÁNEAS DE MENOR PREVALENCIA

Cuenca-Simón MC, Sanmartín-Jiménez O, Castellano-Rioja E.

Introducción:

El Herpes Zóster (en adelante HZ), aparece después de la primo infección por el virus de la varicela zóster, debido a que éste permanece latente en los nervios espinales o craneales. Se caracteriza por la aparición de un dermatoma vesicular doloroso. En torno a un 20% de la población puede desarrollar el HZ, aumentando esta cifra en pacientes inmunodeprimidos. Su aparición está relacionada con periodos de estrés, edad avanzada, estados de inmunodepresión y enfermedades autoinmunes, como el lupus. El tratamiento farmacológico consiste en la administración de antiviricos como: aciclovir, valaciclovir, famciclovir y brivudina; siendo la brivudina el tratamiento de elección por mayor control del dolor y su sencillez en la posología.

Presentación del caso clínico:

Mujer de 37 años de edad, inmunocompetente, enfermera en una Unidad de Cuidados Intensivos. Antecedentes de varicela a los 3 años y dismenorrea. Refiere que comenzó con la sintomatología difusa cinco días antes de la erupción del dermatoma. El inicio fue con dolor punzante intermitente en hipocondrio izquierdo de intensidad 5 en la escala VAS del dolor y disestesia en la zona desde la columna espinal hasta el ombligo, que fue en aumento y además se complicó con la aparición de una pequeña erupción de vesículas que definieron el diagnóstico. Según la escala Euroqol 5D, la calidad de vida se vio afectada durante el periodo podrómico y clínico.

Evolución y pronóstico:

Se pautó Aciclovir 50mg/g en crema y posteriormente Brivudina 125mg en comprimidos. La paciente refirió otros efectos al finalizar el tratamiento oral, tratados en el servicio de urgencias. Se elaboró un plan de cuidados de enfermería. El HZ se resolvió desde la fase podrómica hasta la resolución de la patología, en un tiempo total de veinte días.

Conclusiones:

El presente caso clínico nos ayuda a conocer en primera persona todo el proceso biopsicosocial de la paciente y la repercusión que tuvo durante la patología, viéndose reflejada en el plan de cuidados, por lo que la enfermería cobra un papel importante en el cuidado de la paciente. Además, se compara la calidad de vida con otras patologías cutáneas de baja prevalencia.

CALIDAD DE VIDA Y SATISFACCIÓN DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA EN TRATAMIENTO CON AMALIZUMAB

Girón-Gutiérrez T, Aragüés-Garde M, Benedi-Bitrián C, Calvo-Priego MD.

Introducción:

La urticaria es un proceso de etiología multifactorial desencadenado por mecanismos autoinmunes y no inmunes, caracterizado por maculas y pápulas pruriginosas evanescentes, inferior a 24 horas. Hay dos tipos de urticaria: Urticaria espontánea, la cual se divide en

urticaria aguda, menos de 6 semanas de evolución y la urticaria crónica más de seis semanas de evolución. Por otro lado, existe la urticaria inducida. En algunos casos la urticaria puede acompañarse de angioedema. Es importante hacer un diagnóstico diferencial con la realización de una historia clínica, examen físico minucioso, analítica sanguínea y eliminar posibles fármacos asociados. En cuanto al tratamiento, según el consenso español, en primer lugar, se trataría con antihistamínicos de segunda generación a dosis estándar, aumentando hasta cuatro veces su dosis si es necesario. Si no existe respuesta a los mismos, el siguiente paso es el tratamiento con omalizumab (anticuerpo monoclonal). En caso de exacerbaciones dar corticoides durante un máximo de diez días.

Objetivo:

El objetivo principal es experimentar el nivel de satisfacción de los pacientes con urticaria espontánea crónica con el tratamiento con omalizumab.

Metodología:

13 pacientes diagnosticados de urticaria crónica espontánea y tratados con omalizumab en el servicio de dermatología del hospital Miguel Servet de Zaragoza. La recogida de datos se llevó a cabo a través de la cumplimentación de cinco cuestionarios: sociodemográfico, calidad de vida (DLQI, EuroQol-5D y CUQ2OI) y satisfacción con el tratamiento recibido (CRES-4).

Resultados:

El 83,33% de los participantes son mujeres. La media de edad es de 51,66 años. Solo 2 de los 13 pacientes tienen otras enfermedades coexistentes, de las cuales la HTA es común en ambos. El tratamiento con omalizumab ha sido efectivo en el 100% de los casos. Y el 100% de los participantes tiene una alta calidad de vida en el momento en que rellenaron los cuestionarios. En cuanto a la preferencia de la administración del tratamiento, el 58,33% prefieren la administración domiciliaria y el 41,66% en centro sanitario.

Conclusión:

La mayoría de la muestra son mujeres. La calidad de vida y la satisfacción de los pacientes en tratamiento con omalizumab es alta. El omalizumab es efectivo en todos los casos. No hay variación en cuanto a la preferencia de administración domiciliaria o en centro sanitario.

INCONVENIENTES DEL DIAGNÓSTICO ERRÓNEO: DERMATITIS DISHIDRÓTICA VS DERMATOFITOSIS PLANTAR. TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Marín-Ortiz L.

Introducción:

En el amplio ámbito de la dermatología diagnosticar con certeza es, frecuentemente complicado, es un campo aún desconocido para muchos sanitarios y de difícil diagnóstico, no obstante, en determinados casos, la derivación al especialista y el uso de cultivos-biopsias, facilitarían el correcto diagnóstico y tratamiento de las lesiones, llevando asociado consigo una disminución del tiempo de tratamiento y la mejora del estado general del paciente.

Presentación del caso clínico:

Paciente de 31 años en el momento de inicio de los síntomas, mujer, sanitaria, alérgica a clindamicina, dermatitis atópica, fumadora,

sin otros antecedentes de interés. Empieza a desarrollar lesiones vesiculosas, con intenso prurito, eritema y exudación de líquido seroso al romperse de forma espontánea dichas vesículas que, posteriormente evolucionan a escamas hasta resolverse la lesión. Vista por médico de atención primaria y por dermatólogo que coinciden en diagnosticar dermatitis dishidrótica, sin emplear ningún método diagnóstico. Se inicia tratamiento con corticoides tópicos e hidratación cutánea. Transcurridos dos años con distintos corticoides, múltiples lesiones en ambos pies y sin apreciarse mejoría se procede a cultivar la biopsia de tres escamas obtenidas mediante raspado, resultando hallar presencia de hongos (esporas e hifas) pas positivos. Se diagnostica por lo tanto de dermatofitosis plantar vesiculosa. En esta patología son características las anteriormente mencionadas pequeñas vesículas, localizadas en la planta bodes de ambos pies, que al romperse forman zonas escamosas y costras melicéricas intensamente pruriginosas.

Evolución:

Se retiran corticoides locales y se procede a tratamiento con antifúngico vía oral y tópica durante un mes, además de incrementar la higiene, evitar el exceso de humedad y el uso exclusivo de calcetines de algodón sólo cuando sea necesario, mejorando notablemente las lesiones y sus síntomas.

Conclusiones:

El correcto diagnóstico dermatológico lleva asociado el tratamiento adecuado al tipo de alteración y, por lo tanto, acorta los tiempos en beneficio del paciente y del propio sistema sanitario, evitando usar tratamientos superfluos que se alargan en el tiempo y que agotan al paciente. Ha de concederse la atención necesaria a cada tipo de lesión cutánea, los métodos diagnósticos pertinentes y su correcto tratamiento, con el fin de evitar el retraso en la curación y sus correspondientes consecuencias.

CENTRO DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS MEDIADAS POR LA INMUNIDAD (CEIMI)

Villalpando Vargues P, Lobo Rodríguez C, Martín Díaz FM, López Esteban A, López Calleja A, Morales de los Ríos LP.

Introducción:

Centro de enfermedades inflamatorias mediadas por la inmunidad (CEIMI). El hospital Gregorio marañón ha puesto en marcha el CEIMI con un modelo de atención integral e interdisciplinar centrada en el paciente, en el que se incluyen enfermeras de practica avanzada (EPAS), así como de gobernanza clínica donde se ha incorporado la figura del paciente experto dentro de la comisión de dirección del centro. Es un centro multidisciplinar, de alta especialización que fomenta el trabajo en equipo de profesionales de diferentes especialidades.

Objetivo:

Mejorar la eficiencia, seguridad en la atención sanitaria, así como la calidad de vida de pacientes con enfermedades inflamatorias inmunomediadas (IMID). Fomentar la investigación y la docencia

Metodología:

Constitución del equipo interdisciplinar y análisis de la situación basal de los servicios implicados integrantes de las áreas de conocimiento específico: dermatología, digestivo, reumatología, oftalmología, farmacia y EPA.

próxima inclusión de los especialistas de las áreas de conocimiento compartido: psiquiatría, psicología, nutrición, cirugía general, m. Preventiva, fisioterapia, etc. La unidad cuenta con 3 EPAS, una de ellas de dermatología, estas desempeñan su actividad de forma presencial y telemática. Sus funciones son asistenciales, docentes, investigadoras y gestoras, encaminadas a: prevención y promoción de la salud, mejora en la adhesión al tratamiento, detección temprana de acontecimientos adversos y brotes de la enfermedad, disminución del número de visitas al hospital e ingresos urgentes, favorecer la continuidad asistencial, enseñanza a los pacientes sobre las características de su enfermedad y la autoadministración de terapias e investigación sobre las intervenciones llevadas a cabo (calidad de vida, bienestar general, aspectos psicosociales, eficiencia, etc.)

Resultados:

El CEIMI se inauguró en enero de 2019. Se está realizando el análisis de los datos del primer semestre de actividad, que incluye la valoración de las encuestas de calidad percibida de los usuarios del centro.

Conclusión:

Aunque no se dispone de datos cuantitativos de la actividad ejercida hasta el momento, si se puede observar el desarrollo de procesos integrados de atención al paciente, la integración de los pacientes en los procesos, así como el impulso a la Investigación sobre estas patologías y el abordaje del paciente IMID. Se hace imprescindible la integración de enfermeras de práctica avanzada dentro de los equipos interdisciplinarios para conseguir la atención integral del paciente.

CONOCIMIENTO SOBRE EL MEJOR TRATAMIENTO DE LAS HERIDAS EN EL PACIENTE TERMINAL. REVISIÓN LITERARIA Y BIBLIOGRÁFICA

Pastor Orduña MI, Palomar Llatas F, Martorell Matoses S.

Introducción:

El desarrollo y el manejo de la úlcera por presión tienen un significado particular en los cuidados paliativos y al final de la vida debido a la prevalencia de problemas de movilidad y los cambios en la piel que pueden ocurrir con el envejecimiento, las enfermedades crónicas y al final de la vida. La finalidad del cuidado habitual de una úlcera por presión es promover la curación; pero en el contexto del cuidado paliativo la curación o el cierre de la úlcera es improbable. Por tanto, el enfoque de la atención deberá estar dirigido a reducir o eliminar el dolor, el olor y la infección y permitir un ambiente que pueda ayudar a promover el cierre de la úlcera, así como mejorar el auto concepto del paciente. Es importante conocer los últimos artículos escritos al respecto de cómo abordar el tratamiento del paciente y de su herida en el contexto de una muerte inminente; intentando mejorar su calidad de vida.

Objetivos:

Conocer la última literatura sobre el mejor abordaje de las UPP en el paciente terminal; y evaluar la calidad y producción de dicha literatura.

Metodología:

Mediante la el método PICO se plantea la pregunta de investigación ¿Cuál es el abordaje más idóneo en el tratamiento de las úlceras en el paciente terminal? Se realiza una búsqueda en las bases de

datos PubMed, Science Direct, Lliacs, Medline y Scielo mediante vocabulario controlado. Se extraen 2.623 artículos y tras aplicar criterios de exclusión, se obtienen 5.

Resultados/Conclusiones:

La totalidad de los artículos son de origen anglosajón, EEUU y Reino Unido, y están publicados desde 2004 a 2015. La autora más abundante en este tipo de literatura es Diane Langemo. Muestran un índice de Price bajo. En la mayoría de los artículos coinciden en las claves del tratamiento especial de las úlceras en el paciente al final de la vida, como el tratamiento del dolor y el olor, la infección y el exudado; así como la piel perilesional. Otros hablan de factores predisponentes y del tratamiento tópico más aceptable. Se hará un resumen comparativo con las conclusiones de cada artículo para conocer las claves del consenso sobre el tratamiento de estos pacientes.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES INGRESADOS EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PARA PREVENIR EL DESARROLLO DE DERMATOSIS INFLAMATORIAS Y PÉRDIDAS DE INTEGRIDAD CUTÁNEA

Loro-Coello MC, Santiago-Sánchez-Mateos JL,
Fernández-Pacheco-Gallego MJ.

Introducción:

La piel es el mayor órgano del cuerpo humano y por su situación externa está expuesta a diversas agresiones, como traumatismos mecánicos, irritantes, agentes infecciosos, alérgenos y tóxicos. En nuestra experiencia, como enfermeras de dermatología, hemos detectado que muchas interconsultas que realizan desde las plantas de hospitalización, guardan relación con problemas menores de piel, fácilmente tratables y previsibles, en fases iniciales, pero que ocasionan una importante morbilidad para el paciente. En ocasiones las enfermeras, en nuestra práctica diaria, prescindimos de los cuidados básicos de enfermería, siendo estos la mejor intervención para prevenir agresiones de la piel durante el ingreso y que deberían continuar tras el alta.

Objetivos:

Queremos elaborar e implementar un protocolo de actuación en enfermería como guía básica de cuidados de la piel en el enfermo hospitalizado. Dirigido a estudiantes de enfermería y enfermeras de nueva incorporación a plantas de hospitalización. Evitar el deterioro de la integridad cutánea en pacientes hospitalizados. Conocer los distintos cuidados y estrategias preventivas para evitar el desarrollo de dermatosis. Ofrecer una atención de mayor calidad para evitar iatrogenia sobre la piel del paciente hospitalizado, disminuyendo la demanda asistencial de problemas previsibles y los costes derivados.

Metodología:

Dos fases secuenciales:

Fase 1: Desarrollo del protocolo de cuidados de la piel por parte de enfermería con la colaboración de especialistas en Dermatología.

Fase 2: Implementación del programa de prevención y cuidados básicos de la piel del paciente hospitalizado.

Resultados:

En el momento actual, sólo hemos desarrollado el protocolo de medidas de cuidado de la piel del paciente ingresado en consenso con profesionales sanitarios dedicados a la Dermatología. Está

pendiente la fase 2 de implementación de dicho protocolo en nuestro hospital.

Conclusiones:

Hemos detectado necesidades de formación y de recordatorio en estudiantes de Enfermería, enfermeras y auxiliares de enfermería, respecto al cuidado y prevención de dermatosis en el paciente hospitalizado. Los profesionales de enfermería de Dermatología aportan su experiencia a través de la redacción de este protocolo y colaborarán en su implantación entre el personal de las plantas, con vistas a mejorar la calidad asistencial y el manejo integral del paciente hospitalizado.

EFFECTIVIDAD DE LA TERAPIA PERCUTÁNEA DE INDUCCIÓN DE COLÁGENO (MICRONEEDLING) EN EL TRATAMIENTO DE CICATRICES POST-ACNÉICAS O POSTQUIRÚRGICAS HIPERTRÓFICAS

López-Muñoz C, González-Gil D, Rivas-Ruiz F.

Introducción:

La terapia de inducción de colágeno a través de la micropunción (microneedling) es un procedimiento que permite la formación de miles de canales microscópicos a través de la epidermis con el objeto de estimular la neoformación de colágeno y permitir la administración de activos terapéuticos. Nos planteamos la necesidad de tratar con este procedimiento, aquellas cicatrices inestéticas en la cual hay un proceso de cicatrización normal, pero por su ubicación, dirección o técnica de reparación, no se obtienen resultados estéticos aceptables para la persona, causándole baja autoestima o un trastorno de la imagen corporal.

Objetivos:

Evaluar la efectividad de la terapia de inducción de colágeno en pacientes con cicatrices postacnéicas o postquirúrgicas hipertróficas. Mejorar la imagen corporal y la autoestima de los pacientes.

Metodología:

Estudio piloto cuasi-experimental pre-post. Se seleccionaron 5 pacientes de forma no aleatoria derivados del Hospital Costa del Sol de Marbella. Los criterios de inclusión fueron: pacientes mayores de edad, consentimiento informado firmado, con diagnóstico de trastorno de la imagen corporal y/o baja autoestima, con cicatrices por acné o post-quirúrgicas. Los criterios de exclusión fueron: patología dermatológica activa, cicatrices inmaduras, menos de 6 meses desde finalización de tratamiento con isotretinoína, embarazadas o en período de lactancia materna. Las variables explicativas fueron: edad, género, tipo de cicatriz, Índice de Calidad de Vida en Dermatológica (DLQI) y Escala de Cicatrices Vancouver (VSS). Como variables de resultado: grado de satisfacción, DLQI, VAS y Escala Likert para los NOC Verbalización de autoaceptación y Satisfacción con el aspecto corporal. Se tomaron fotos pre y post procedimiento para evaluar el aspecto de las cicatrices. Se realizaron 3 sesiones de microneedling durante los periodos 1 de julio al 15 de agosto del 2019. Las sesiones se realizaron cada 15 días empleando microneedling con centella asiática. El estudio cumplió con las normas bioéticas requeridas.

Resultados:

Se realizó análisis estadístico empleando la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon y se obtuvo una p de 0,042, es decir, hubo una reducción significativa entre valores pre-post tratamiento.

El grado de satisfacción fue del 100% con una notable mejoría en el estado emocional de los pacientes.

Conclusiones:

La terapia percutánea de inducción al colágeno favorece la regeneración tisular en cicatrices post-acnéicas y post quirúrgicas hipertróficas. Los pacientes tratados están satisfechos con los resultados y mejoran su percepción de la imagen corporal.

FOTOTERAPIA UVB DE BANDA ESTRECHA EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA

González-Delgado S, García-Muñiz M, Taboada-Suárez AM.

Introducción y objetivos:

La Ultravioleta B de banda estrecha (UVB-BE) es una opción de tratamiento en patologías dermatológicas como la psoriasis, dermatitis atópica o vitiligo entre otras. En el estudio que les presentamos, tratamos de describir las características de la población pediátrica atendida durante los 11 años que llevamos realizando tratamientos de fototerapia en el Hospital Universitario de Cabueñes.

Metodología:

Hemos realizado un estudio observacional descriptivo retrospectivo de la población pediátrica (2- 18 años) tratada con UVB-BE (311-313 nanómetros) en este hospital, entre enero de 2008 y marzo de 2019. Hemos realizado una revisión bibliográfica en Pubmed de los últimos 5 años con los Mesh: phototherapy and preschool/child/adolescent; En Index, Medes y Dialnet ampliamos la búsqueda utilizando el DeCs: fototerapia.

Resultados:

La muestra la forman un total de 63 niños: 29 niños y 34 niñas, con edades comprendidas entre los 3 y los 17 años, con una media de edad de 11.8 ± 3.4 años. Por grupos de edad: 4 preescolares (2-5 años), 35 niños (6-12 años) y 24 adolescentes (13-18 años). Según patologías, la más frecuente fue la dermatitis atópica (28 pacientes), seguida por la psoriasis (21), el vitiligo (9), la pitiriasis liquenoide(4) y el liquen plano extenso(1). Se logró una mejoría con el tratamiento en un 94% de los casos. El efecto secundario más frecuente fue el eritema leve (30 niños), seguido de picor (6), un caso de mareo y otro de aparición de grietas en las placas de psoriasis.

Conclusiones:

La UVB-BE es un tratamiento eficaz y seguro para utilizar en la población pediátrica donde los tratamientos tópicos resulten insuficientes. Los estudios coinciden en su seguridad, no se ha encontrado un mayor riesgo de cáncer cutáneo asociado a su uso. Llama la atención el alto porcentaje de mejoría tras el tratamiento. También es destacable, aunque no se pueda analizar cuantitativamente, el hecho que la unidad de fototerapia está a cargo de enfermería y además de la aplicación de la UVB-BE, se refuerza constantemente la importancia de los cuidados (higiene, hidratación, manejo del picor...), el control de los tratamientos tópicos médicos pautados, así como resolución de dudas de niños y padres; creemos que esto también ayuda al mejor control de la patología.

IONTOFORESIS EN EL SÍNDROME DE DESCAMACIÓN CUTÁNEA ACRAL

González-Delgado S, Tuyá-de Llanos M, Rodríguez Díaz E.

Introducción:

El síndrome de descamación cutánea acral, también conocido como PSS acral (Peeling skin syndrome), es una enfermedad rara de la que hasta el momento se han descrito unos 40 casos. Se caracteriza por la aparición desde el nacimiento o la primera infancia de una descamación continua en láminas de la capa más superficial de la piel. Uno de los factores agravantes de la enfermedad es la humedad. Para disminuir esa humedad, en nuestro hospital hemos aplicado una técnica conocida como iontoforesis, la cual, mediante una corriente eléctrica de bajo voltaje, provoca una disminución de la sudoración.

Presentación del caso clínico:

Niño de 7 años que desde el nacimiento presenta episodios repetidos de exfoliación cutánea laminar intensa, tras lesiones ampollas fugaces, sin signos inflamatorios acompañantes; diagnosticado de Peeling skin syndrome, variedad acral y confirmado por estudio del gen TGM 5 que reveló mutación en el mismo.

Evolución:

Describimos en este póster el desarrollo del tratamiento que logró una mejoría de las lesiones descritas a partir de la 4ª sesión y sin efectos secundarios para el paciente. Estuvo realizando sesiones en la unidad desde enero a mayo de 2015, continuando posteriormente el tratamiento en su domicilio. A lo largo de estos años, en las revisiones clínicas anuales se mantiene la mejoría.

Conclusiones:

La iontoforesis no aparece descrita como opción de tratamiento en los casos de PSS acral, pero en casos de que haya hiperhidrosis (exceso de sudoración) asociada, puede ser una opción (como describimos en este caso).

LA GAMIFICACIÓN COMO RECURSO FORMATIVO EN EL MANEJO DE APÓSITOS PARA CURA EN AMBIENTE HÚMEDO EN EL SERVICIO GALLEGO DE SALUD

Calvo-Pérez AI, Fernández-Segade J, Cimadevila-Álvarez MB, Delgado-Fernández R, Rumbo-Prieto JM, Alonso-Fachado A.

Introducción:

El concepto de gamificación hace referencia a la introducción del juego como metodología para el aprendizaje, aumentando el potencial didáctico por sus implicaciones en el ámbito motivacional y de diversión. En los videojuegos se han de tomar decisiones continuamente siguiendo unas reglas para alcanzar los distintos niveles del ranking, recibiendo respuestas de los sistemas de retroalimentación. Se trata de algoritmos, fórmulas y técnicas cuantitativas para analizar la estrategia de toma de decisiones. El Servicio Gallego de Salud (Sergas) considera imprescindible mantener un canal de comunicación permanente con todos los profesionales implicados en el manejo de pacientes con deterioro de la integridad tisular y/o cutánea (DICT). Para ello a través de su Portal Úlceras Fóra ofrece información y formación, accesible y veraz. Los contenidos de este espacio virtual se presentan en diferentes formatos entre los que destacaremos los videojuegos.

Objetivos:

Aumentar el conocimiento de los profesionales sobre los apósitos del catálogo de productos para cura en ambiente húmedo del Sergas de forma divertida y entretenida. Atraer y fidelizar usuarios al

portal web a través de nuevos recursos informáticos de mayor envergadura utilizando los recursos que nos ofrecen las TIC.

Metodología:

Se elabora un juego sobre la correcta clasificación de los apósitos incluidos en el Catálogo de productos para cura en ambiente húmedo del SERGAS. Los algoritmos que lo sustentan se basan en la relación entre cada uno de los productos y la familia a la que pertenecen. El juego se diseñó utilizando la imagen de una enfermera que va cambiando su expresión según la toma de decisiones del usuario sean adecuadas o no, considerando el tiempo de las respuestas. Hay tres niveles de dificultad con pistas de ayuda para resolver los emparejamientos. Finalmente, el usuario tiene un reporte del nivel de aciertos /errores

Resultados:

Nº de visitas al portal web en el apartado de juegos. Nº de usuarios del juego de clasificación de apósitos por zona geográfica.

Conclusiones

La introducción de la gamificación en el portal web Úlceras Fóra denota la intención del SERGAS de adaptarse a novedosas técnicas didácticas. Esta metodología de aprendizaje a través del juego aumenta los recursos formativos en materia de apósitos siendo un complemento al sucesivo catálogo de productos para cura en ambiente húmedo del Sergas. La incorporación de videojuegos en el portal incrementada la motivación los profesionales para mejorar sus conocimientos en el manejo del (DITC).

LOS HILOS DE LA PIEL: CUIDADOS ENFERMEROS CON TEXTILES SANITARIOS

Grau-Crespo J, Álvarez-Ordiales Ordiales A,
Terol-Fenollar C.

Introducción:

En la actualidad empieza a ser normal encontrar tejidos a los que se les han incorporado diferentes elementos para obtener beneficios en el cuidado de la piel. En este caso hablaremos de la Quitina/Quitosano (Qi/Qo) y la plata (Ag). Ambos elementos se utilizan para el cuidado de las heridas en soporte de alginato, pero no existe ningún producto textil que los utilice de manera conjunta. Desde hace 10 años se conoce en España la utilización del tejido Regenactiv (quitosano y plata) por el estudio realizado en el Hospital General de Valencia por el profesor Federico Palomar; y desde entonces se ha seguido avanzando en esta dirección.

Objetivos:

Exponer la utilización de prendas textiles en el cuidado de diferentes lesiones de la piel, como tratamiento complementario en la fase de epitelización.

Metodología:

Explicación al paciente y firma del consentimiento informado. Seguimiento fotográfico de diferentes casos en los que se ha utilizado diversas piezas textiles (calcetines, guantes, gorro y top). Valoración aceptación de la prenda por el paciente o cuidador.

Resultados:

La observación nos ha permitido valorar la evolución favorable en los casos utilizados, así como la buena aceptación por parte de los

pacientes. Si en alguna ocasión que se percibía excesiva sequedad, se reducían las horas de utilización de la prenda y se añadían AGHOS.

Conclusiones:

La utilización de tejidos Regenactiv como tratamiento complementario, ha permitido mejorar la epitelización de pequeñas lesiones, abriendo un nuevo camino a la prescripción enfermera independiente; haciendo más fácil para el paciente seguir su vida habitual, y sirviendo para su empoderamiento.

MÁS ALLÁ DE UNA HERIDA. FLEBOLINFEDEMA VERRUCOSO

López Tardido CM, Ros López B, Conesa Morales A, Riquelme Hurtado MJ, Cervantes Marín C, Pelegrin Roca V.

Introducción:

La enfermedad venosa crónica es un trastorno que afecta a la calidad de vida y que a veces no se le da la importancia necesaria. En los estudios en cuanto a calidad de vida de los pacientes con insuficiencia venosa crónica también hay que considerar la presencia de edema e hiperpigmentación que si persiste en el tiempo puede llegar a desencadenar un flebolinfedema verrucoso con las consiguientes repercusiones que conlleva tanto a nivel físico como psicológico.

Presentación del caso:

Motivo de consulta: ulcera en pierna izquierda en región gemelar
Detección de problemas: flebolinfedema verrucoso consecuencia de múltiples infecciones y aplicación de distintos tratamientos tópicos (cremas). Patologías asociadas: Diabetes tipo II bien controlada y obesidad mórbida

Evolución:

Se procede al manejo de la ulcera con apósitos antimicrobianos y a la retirada de hiperqueratosis con fomentos de polihexamida biguanida en formato gel para llegar a las zonas más inaccesibles dejando actuar durante 15 minutos. Retirada de gel con SSF. Vaseline amarilla, dejando actuar durante 15 minutos con objetivo de ablandar la hiperqueratosis. Retirada manual con ayuda de toallitas deterativas y de sonda acanalada por sus dos extremos según dificultad. Retirada de restos con dilución de clorhexidina al 5%. Aplicación de vendaje de contención con tres vendas de baja elasticidad manteniendo una presión de trabajo de 40 mmHg.

Conclusión:

Importancia de valorar más allá de la herida, en este caso fue la lesión lo que menos importó, ya que era el síntoma de la patología flebolinfática de base. Importancia del vendaje para contención del edema y reducción de perímetros. Importancia del apoyo familiar previa formación. Resolución del caso en dos meses con buena adherencia a la terapia compresiva y una mejor calidad de vida tanto física como psicológica.

MELANOMA Y FACTORES DE RIESGO

Bellés Aranda M, López-Hernández L, Castellano-Rioja E,
Botella-Navas M.

Introducción:

El Carcinoma Epidermoide cutáneo, se origina a partir de los queratinocitos de la epidermis, pudiendo afectar a mucosa oral, anal o genital. Es un tumor maligno de crecimiento ilimitado y con probabilidad de metástasis. Se trata del segundo carcinoma cutáneo con más prevalencia, siendo el más común el carcinoma basocelular. Las variables que influyen en el desarrollo de metástasis son el tamaño, localización y ulceración de la lesión, profundidad y nivel de invasión de Clark, grado de diferenciación, invasión perineural y linfovascular, acantolisis, recurrencia del tumor, inmunosupresión e infección del virus del papiloma humano.

Objetivos:

Estudiar las características clínicas / patológicas del tumor epidermoide cutáneo en una muestra de pacientes. Describir si existe relación entre las variables clínicas localización, tamaño, profundidad, inmunodepresión, trasplante, virus del papiloma humano (VPH), bordes libres de tumor y la posible recurrencia y/o metástasis en los pacientes estudiados.

Material y métodos:

El presente estudio se llevó a cabo en el Área de Salud de un hospital de Teruel. Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo. Tras cumplir con las consideraciones éticas pertinentes (Comité de Ética de Aragón), se realizó la revisión clínica de 171 historias de pacientes con carcinoma epidermoide cutáneo que cumplieron los criterios de inclusión. Se analizaron las variables edad, sexo, tamaño del tumor, profundidad del mismo, invasión vascular, localización, inmunosupresión, presencia de VPH, presentar metástasis o recidivas, tratamiento administrado. Confirmación del diagnóstico mediante biopsia, en el Hospital de Teruel.

Resultados:

Los resultados nos muestran que la enfermedad se presenta en edad avanzada (media 83 años) y principalmente en hombres. El tamaño del tumor no presentaba en la mayoría de los casos riesgo, pero sí la profundidad (101 pacientes con profundidad mayor a 2 mm). El tratamiento más empleado fue la exéresis quirúrgica. Los tumores se localizaron principalmente en mejilla y cuero cabelludo (27 y 26 pacientes respectivamente). La mayoría de los pacientes no presentaba inmunosupresión, ni VPH, ni metástasis ni recidiva. Se encontró relación estadísticamente significativa entre el tamaño y la recidiva ($p=0.015$) y el hecho de ser inmunodeprimido y presentar recidiva ($p=0.006$).

Conclusiones:

El análisis descriptivo de la muestra presenta similitudes con la literatura estudiada, sin embargo, la mayoría de los factores de riesgo no presentaron relación significativa a la hora de manifestar recidiva y/o metástasis.

MONITORIZACIÓN DE LA PRESIÓN CORPORAL EN TIEMPO REAL PARA PREVENIR ÚLCERAS: ESTUDIO PILOTO DE INNOVACIÓN TECNOLÓGICA

Rumbo-Prieto JM, Delgado-Fernández R, Arantón-Areosa L.

Introducción:

Las úlceras por presión (UPP) son un importante problema de salud para los pacientes y un elevado gasto para el sistema sanitario. El desarrollo de una UPP se debe a una prolongada exposición a la presión lo que provoca un riesgo o deterioro de la integridad cutánea. Para minimizar o reducir sus consecuencias está recomendado, con un nivel alto de evidencia, el manejo y alivio de presiones,

ya sea mediante la redistribución de presiones a través de un plan de cambios posturales programado o, incluir el uso de superficies especiales de manejo de presiones (SEMP). En nuestro caso, creemos que podría ser factible unir ambas recomendaciones "in situ" con ayuda de dispositivos tecnológicos que permitan su monitorización.

Objetivo:

Examinar la distribución de la presión corporal de un individuo sano medida en distintas posiciones y sobre diferentes colchones viscoelásticos de uso hospitalario para la prevención de UPP.

Metodología:

Se realizó un ensayo piloto tomando como muestra 3 posiciones (decúbito supino, decúbito lateral y sentado). Unos 1152 multisensores de presión incorporados al tejido de una funda de colchón de uso sanitario, un concentrador de bioseñales con conexión bluetooth, un decodificador y software experimental, permitieron la representación visual de la superficie de presión, el grado soportado (escala colorimétrica) y su intensidad (en píxeles). 4 modelos de colchón con superficie viscoelástica (Wincare®, Flex®, Linex® y Vitalvia®) fueron comparados con el colchón estándar del hospital.

Resultados: Un varón de mediana edad y con índice de masa corporal dentro de la normalidad fue el modelo humano. La media de intensidad se situó en 1556 píxeles y el nivel de presión determinó que los colores fríos (negros y azules) indicaran nula o baja presión, mientras que los colores cálidos (verde, amarillo y rojo) una moderada y alta presión. El uso de SEMP, indistintamente de la posición, obtuvo un promedio de un 38% de alivio de presión, siendo el colchón Linet y Wincare los que mejor redistribuían la presión.

Conclusiones:

Estos resultados preliminares permiten el cuestionarnos ciertos parámetros de los SEMP que hasta ahora no podíamos medir directamente, el único dato de evidencia eran las pruebas del fabricante. Observamos que en posiciones $>60^\circ$ (decúbito lateral y sentado) la presión es mayor que en las otras posiciones. Finalmente, el uso la funda con los biosensores y el modelo de software utilizado será un referente para validar esta tecnología a medio plazo en nuestros hospitales.

PERFORACIONES EN GUANTES QUIRÚRGICOS DE INSTRUMENTISTAS: EFICACIA PREVENTIVA DEL DOBLE GUANTE

Cerdán-Marín M, Marín-Bertolín S, Díez-Fornés P, De Maya-Martínez A, Martínez-Guillem, Briones-Martínez R.

Introducción:

Para los instrumentistas y el resto del personal quirúrgico, el riesgo de contagio de infecciones por vía hemática es bastante bajo, sin embargo, las potenciales consecuencias pueden ser muy graves. La eficacia de las medidas de barrera actualmente disponibles ha sido cuestionada, en particular la de los guantes. En este contexto, se ha propuesto el uso de dobles guantes. Este estudio ha sido diseñado específicamente para evaluar la eficacia preventiva del doble guante en las manos de las instrumentistas de intervenciones programadas de cirugía plástica. El objetivo primario sería determinar si, el uso preventivo del doble guante resultaría eficaz para las instrumentistas de cirugía plástica. Se trataría de comprobar si la

tasa de perforación de los guantes simples es significativamente mayor que la tasa de perforación de los guantes dobles internos.

Como objetivos secundarios debería poder determinarse: si hay alguna diferencia en la eficacia de la medida cuando se tiene en cuenta el carácter reparador o estético de la intervención. Si la duración de la intervención tiene alguna influencia en la integridad de los guantes. Si hay alguna diferencia en la eficacia de la medida cuando se tiene en cuenta si el guante procede de la mano dominante o de la mano no dominante de la instrumentista. Si el material del que está fabricado el guante tiene alguna influencia en la integridad de los mismos al final de las intervenciones.

Metodología:

En un estudio de 4 meses de duración, 4 instrumentistas usaron de forma aleatoria guante simple o doble en 100 intervenciones quirúrgicas electivas consecutivas de cirugía plástica. Los guantes fueron testados mediante el Water Filling Test.

Resultados

Se analizaron un total de 292 guantes y se encontraron 13 perforaciones no percibidas (4,5%). Las perforaciones ocurrieron con frecuencia mayor en los guantes simples que en los dobles internos y también en la mano dominante de las instrumentistas. La duración de las cirugías influyó en la tasa de perforaciones, ya que el 84% de las mismas ocurrieron en procedimientos de más de dos horas. Ni el tipo de guante (látex o no látex), ni el tipo de cirugía (estética o reparadora) tuvieron influencia en la tasa de perforación de los guantes.

Conclusiones:

El doble guante es una medida de protección recíproca eficaz para las instrumentistas de operaciones programadas de cirugía plástica.

PIODERMA GANGRENOSO PERIOSTOMAL. REVISIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS

Fernández L, Zamora J, Palomar D.

Introducción:

El Pioderma gangrenoso es una dermatosis inflamatoria no infecciosa que aparece como una úlcera muy dolorosa. Su etiología es desconocida, aunque suele asociarse a enfermedad inflamatoria intestinal, hematológica y otras enfermedades autoinmunes. Se presentan dos casos con diagnóstico clínico de Pioderma periostomal.

Presentación del caso:

Caso 1: Paciente de 60 años con antecedentes de Hipertensión, Diabetes Mellitus tipo II. Intervenido de una Neostoma de Recto y posterior eventración periostomal. Tras la cirugía de eventración, aparece una úlcera alrededor del estoma muy granulada que va aumentando de tamaño y con mucho dolor. Curas con eosina y colagenasa. Se remite a la consulta de Dermatología y a la Unidad de Úlceras. Tras la exploración se observa una úlcera con fibrina, con bordes irregulares, no muy profunda. Se inicia tratamiento tópico, con infiltración en el borde perilesional con Triamcinolona, a concentración 1/4 cada 30 días y curas pautadas con colagenasa en el lecho y Betametasona en bordes, evitando el desbridamiento cortante. A los 60 días la lesión está prácticamente curada.

Caso 2: Paciente de 72 años con antecedentes de Dislipemia, antiagregantes por un ICTUS Y anemia. Intervenido en 2018 de un

tumor vesical infiltrante aplicándole una desviación urinaria tipo Bricker. Durante el postoperatorio cursa con fuga en la sutura rectal por lo que se le realiza una colostomía rectal de descarga. Posteriormente presenta una eventración de la mucosa intestinal con dos lesiones inferiores ulceradas con el lecho fibrinoso los bordes sobreelevados. Refiere dolor. Es derivado a la consulta de Dermatología que le diagnostican un Pioderma periostomal tras realizarle una biopsia. La pauta de cura serán infiltraciones de Triamcinolona 1/4 una vez al mes. A los 6 meses, la lesión está curada.

Conclusiones:

Ante la presencia de una úlcera de evolución tórpida, con cultivos negativos y mala respuesta a antibióticos ante la sospecha de un Pioderma gangrenoso, debemos de derivar al paciente al servicio de Dermatología para que le realice una biopsia de los bordes lesionados que excluya cualquier enfermedad sistémica y que confirme el diagnóstico.

PONTE EN MI PIEL POR UN DÍA: CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PIEL DE MARIPOSA

Gómez-Fuster M^aT, Pérez- Conde I.

Introducción:

La Epidermólisis Bullosa (EB) se refiere a un grupo de enfermedades hereditarias que afectan a la fragilidad de la piel y a veces las mucosas, pues suponen la formación de ampollas y vesículas tras mínimos traumatismos. No existe tratamiento específico, de evolución crónica, mermando la calidad y supervivencia de estos pacientes. Es una enfermedad que requiere un abordaje multidisciplinar, siendo esencial el papel de enfermería. Desde que el "Hospital La Paz" es Centro de Referencia (CSUR), funciona una unidad formada por dermatólogos y enfermeras entrenados para cubrir las necesidades de estos pacientes de forma holística.

Objetivos:

Divulgar las acciones realizadas por enfermería para visibilizar la EB (asistencial, docente e investigador) entre los profesionales de enfermería y los familiares.

Material/método:

Se llevan a cabo diferentes acciones divulgativas sobre la EB y cuidados de enfermería, creadas a partir de información obtenida mediante una revisión bibliográfica, consultándose bases de datos Medline, CUIDEN, así como la información oficial de la asociación DEBRA y completándose con relatos de la vida de los pacientes.

Resultados:

Al ser una enfermedad de baja prevalencia, hay un gran desconocimiento entre los profesionales, por lo que hemos realizado unas jornadas multidisciplinarias en el hospital sobre los cuidados y curas que precisan estos pacientes. También se han realizado jornadas de difusión en otras comunidades con el fin de facilitar el manejo de estos niños en su lugar de origen. Pero el pilar fundamental se basa en la educación sanitaria individualizada que se realiza en cada visita a la consulta, pues así se disminuyen los ingresos hospitalarios.

Conclusiones:

La ausencia de cura hace que enfermería se convierta en un elemento clave en el abordaje de estos niños, pues requieren unos conocimientos específicos, habilidades y aptitudes necesarias para manejar y actuar de manera correcta y así desarrollar la figura de enfermera de práctica avanzada.

REVISIÓN DE LOS ARTÍCULOS PUBLICADOS EN LAS REVISTAS DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN A LA ENFERMERÍA DERMATOLÓGICA

Zaragoza Villena B, Palomar Albert D, Asencio Muñoz MC.

Introducción:

Las revistas científicas de enfermería son una fuente tanto de información primaria (si se trata de artículos inéditos), como secundaria (revisiones de lo ya publicado) que se editan periódicamente y que ofrecen una información actualizada. Son el principal instrumento de transferencia de información científica. Los artículos están escritos por investigadores especialistas. Son investigaciones originales o de revisión, con referencias, resúmenes y reseñas bibliográficas. Usan un vocabulario especializado. Los artículos son revisados por un comité de especialistas antes de ser aceptados para su publicación.

Objetivo:

Ofrecer una visión general de todos aquellos artículos que se publican en referencia a los cuidados de la piel en enfermería dermatológica. Objetivos específicos: Dar a conocer aquellos artículos de la enfermería dermatológica sobre los que más se publica en las revistas científicas de enfermería. Realizar una diferenciación entre los que son artículos científicos, estudios epidemiológicos y casos clínicos. Dirimir cuales son aquellos artículos en referencia a tratamientos sobre los que más se publica. Conocer de entre las revistas consultadas cuales son de mayor divulgación con respecto a la enfermería dermatológica.

Material y métodos:

Estudio descriptivo, longitudinal, retrospectivo de revisión bibliográfica de todos aquellos artículos publicados en las revistas de enfermería que se editan entre los años 2011-2019, relacionados con la enfermería dermatológica, citados en las diferentes sesiones clínicas que han tenido lugar en la Cátedra Hartmann de integridad cutánea y cuidado de la piel, celebradas en la Universidad Católica de Valencia durante esos años.

Resultados:

El tamaño muestral constó de 196 artículos, cuya fuente de información se extrae de 6 revistas de divulgación científica de enfermería, con representación a nivel nacional y autonómico. Las fuentes de información han sido las revistas que a continuación se detallan: Rol de enfermería, Nursing en su edición española, Metas de enfermería, Enfermería Clínica, Enfermería Dermatológica y Enfermería Integral (esta última es una publicación autonómica del Colegio de Enfermería de la Comunidad Valenciana).

Conclusiones:

Las UPP y el tratamiento a seguir para restablecer la integridad cutánea en úlceras y heridas son las publicaciones con mayor repercusión investigadora. La terapia de presión negativa es uno de los tratamientos no farmacológicos que más descritos en la bibliografía científica. La revista Rol y la revista Enfermería Dermatológica son con diferencia donde se publican más artículos relacionados con enfermería dermatológica, ya que la primera en ocasiones dedica íntegramente su edición a temas relacionados con la piel y la segunda es una revista exclusiva de integridad cutánea y cuidados de la piel. Como limitación decir que este estudio es el resultado de una consulta de seis revistas de enfermería de entre las muchas que se publican, por lo que solamente se puede ofrecer una visión general de la multitud de artículos que se publican.

SUPERFICIES ESPECIALES DEL MANEJO DE LA PRESIÓN (SEMP) EN SEDESTACIÓN: ANÁLISIS Y OPTIMIZACIÓN

Bouaouda-Ruiz F, García-Molina P, Balaguer-López E, Roig-Casaus S, Álvarez-Ordiales A, Sanchis-Sánchez E.

Introducción y objetivos:

Las úlceras por presión (UPP) son consideradas un problema de salud pública debido a su elevada prevalencia, al deterioro de la salud y de la calidad de vida que causan, así como del coste económico en su tratamiento y curación. Este hecho, junto a que el 95% de ellas se pueden prevenir, supone que el aumento de la investigación en su prevención se convierta en obligación. Este proyecto se centra en el estudio de superficies especiales del manejo de la presión (SEMP), en este caso cojines, utilizados por personas con movilidad reducida usuarias de sillas de ruedas. El objetivo principal se basa en comparar la eficacia de cinco SEMP de distinto material en términos de distribución de la presión, gestión de la temperatura y comodidad para el usuario.

Metodología:

Se diseñó un estudio de evaluación de productos sanitarios mediante el uso de la cámara termográfica FLIR E60, la manta de presiones XSensor y la valoración subjetiva del usuario. La población a estudio fueron personas adultas voluntarias, menores de 85 años y residentes en Valencia. Se calculó una muestra de 23 sujetos, captados por el método bola de nieve. Como criterios de inclusión se marcó que no tuviesen ninguna enfermedad que afectase a la movilidad o a la temperatura corporal y la firma del consentimiento informado. Se excluyeron aquellos que habían tomado fármacos antiinflamatorios en las 3 horas previas y que incumplían las normas del protocolo.

Resultados:

Se completaron 22 mediciones. De las cinco SEMP estudiadas, no se encontraron diferencias significativas en cuanto a la comodidad descrita por el usuario. En cuanto al registro termográfico, la SEMP en herradura de visco rosa fue la que mayor diferencia de temperatura presentó. Por el contrario, los cojines con placa de gel fueron los de mejor mantenimiento de la temperatura. En cuanto a los datos de redistribución de la presión, el dispositivo de Bicofoam fue el de mejores resultados.

Conclusiones:

Dados los resultados, la SEMP de elección sería la SEMP Bicofoam. Por el contrario, la de peores resultados es la SEMP de poliuretano de viscoelástica conformada y gel. Las diferencias significativas halladas entre cada una de las SEMP evidencian la necesidad de aumentar la investigación y la actualización por parte de las ortopedias. Además, se debe tener en cuenta el desarrollo de un método de selección de la SEMP adecuada a las características personales y de riesgo de cada usuario.

TERAPIA CELULAR CON MEMBRANA AMNIÓTICA PARA LA EPITELIZACIÓN DE ÚLCERAS COMPLEJAS DE PIE DIABÉTICO

Rodríguez-Valiente M, García-Hernández AM, Blanquer-Blanquer M, Alcaraz-Lorente P, Castellanos-Escrig G, Nicolás-Villaescusa FJ.

Introducción y objetivo:

El pie diabético es una complicación de la diabetes mellitus que requiere un enfoque multidisciplinario para evitar la amputación de las extremidades inferiores. En la Unidad de heridas y pie diabético del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA), tratamos a pacientes con úlceras complejas utilizando membrana amniótica criopreservada (MA). La MA tiene propiedades analgésicas, antimicrobianas y antiinflamatorias relacionadas con su capacidad para sintetizar y liberar sustancias que incluyen citocinas y moléculas de señalización. Nuestro objetivo fue determinar la seguridad y la eficacia del tratamiento con MA para la epitelización de estas úlceras.

Material y métodos:

La MA se obtuvo de donantes sanas tras cesáreas programadas y serología negativa para enfermedades infecciosas. La MA fue fragmentada y criopreservada en la Unidad de terapia celular en condiciones estériles. Desde mayo de 2014 hasta noviembre de 2017, tratamos a 18 pacientes con macro y microangiopatía diabética, polineuropatía y deformaciones en los pies que presentaban úlceras complejas del pie diabético con más de 8 semanas de evolución. Se excluyeron los pacientes con signos clínicos de infección o un proceso neoplásico activo. La MA se aplicó semanalmente en el lecho de la herida. Se realizaron biopsias de la herida antes y después de la aplicación de MA en dos pacientes. Las secciones se tiñeron en bloques de parafina con hematoxilina-eosina y se observaron por microscopía óptica. Todos los pacientes firmaron el consentimiento informado. El comité ética del hospital aprobó el protocolo. La Agencia Española de Medicamentos dio la autorización como uso compasivo en todos los pacientes.

Resultados:

La mediana de edad de los pacientes fue de 62 años (de 16 a 82 años). El tiempo medio de tratamiento antes de la aplicación de MA fue de 24 meses y medio. El área promedio de las heridas fue de 10.56 cm² (0.52 - 42.5). 17 de 18 pacientes (94%) lograron una resolución completa de la herida con epitelización completa, y en un paciente, el área de la herida se redujo en un 75%. El tiempo medio de epitelización con MA fue de 5 meses (1,5-13) con una media de 11,22 membranas aplicadas (4-40). Las biopsias mostraron una estructura normal de la piel y una curación correcta. Un paciente fue extirpado de un fragmento óseo del quinto metatarsiano debido a osteomielitis. Ningún paciente desarrolló ningún tumor durante el tratamiento.

Conclusiones:

Nuestros resultados muestran que el tratamiento con MA humana criopreservada es un tratamiento seguro y efectivo en pacientes con úlceras complejas de pie diabético.

TERAPIA FOTODINÁMICA CON LUZ DE DÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Galindo Zapata E, Faura Mateu C, Miquel Cara I, Manzanares Buendía S.

Introducción/justificación:

Tradicionalmente, la terapia fotodinámica (TFD) ha estado indicada en el tratamiento de lesiones incipientes de la piel como las queratosis actínicas. Limitaciones como la existencia de una única consulta de fotodinámica en nuestra área de salud, la necesidad de disponer de un equipo de irradiación adecuado y el alto grado de dolor como principal efecto secundario, impulsan al profesional entrenado a emplear la Terapia Fotodinámica con Luz de Día (TFD-LD); una alternativa muy consolidada en el tratamiento de queratosis actínicas, según la evidencia científica reciente. A diferencia de la forma convencional, ésta última necesita luz solar como fuente de irradiación, prescindiendo de cualquier artefacto especializado. Por este motivo y dada la alta prevalencia de lesiones incipientes en la piel se cree que podría trasladarse la aplicación de la TFD-LD al ámbito de la atención primaria.

Objetivos:

Principal. Implantar la TFD-LD en la consulta de medicina y enfermería de atención primaria para pacientes con diagnóstico médico de queratosis actínica. Específicos. Iniciar el tratamiento de las queratosis actínicas de forma precoz evitando que evolucionen hacia fases con características de malignidad. Reducir las listas de espera en atención especializada para el tratamiento de estas lesiones, dada su alta prevalencia.

Metodología:

Se pretende realizar un estudio observacional, longitudinal prospectivo, en el plazo de dos años, cuya muestra de sujetos estará formada por

pacientes mayores de 18 años pertenecientes al centro de salud piloto, con diagnóstico de queratosis actínica grado I. Las variables estadísticas que se recogerán al inicio del estudio serán las referentes a la edad, antecedentes dermatológicos, fototipo de piel según la clasificación de Fitzpatrick, tratamientos anteriores, ocupación laboral y uso de medidas de protección solar. Por otro lado, se evaluará mediante una encuesta la carga de trabajo adicional que supone esta nueva intervención entre las tareas de los profesionales implicados, su grado de pertinencia con respecto a las competencias médicas y enfermeras, así como el grado de satisfacción de éstos y de los pacientes.

Resultados:

Previamente a lo anteriormente expuesto, se ha realizado un protocolo de actuación elaborado en el Servicio de Dermatología del Hospital Santa María del Rosell para implementar la TFD-LD en atención primaria como tratamiento de las queratosis actínicas.

Conclusiones:

Debido a que en atención primaria se da importancia a múltiples procesos crónicos cuya prevalencia es elevada, sería conveniente introducir el diagnóstico precoz y el tratamiento de este tipo de lesiones para evitar futuros carcinomas de piel.

TRATAMIENTO CON IONTOFORESIS

Bayón Velasco ML

Introducción:

Las glándulas sudoríparas ecrinas repartidas por todo el cuerpo, sobre todo manos, plantas de los pies y región facial secretan sudor. Son las responsables de la regulación térmica. Si esta producción es anormal en cantidad (superior a la cantidad que se necesita para la termorregulación, la hidratación de la piel y el equilibrio de líquidos y electrolitos), sería una patología que se llama hiperhidrosis. Esta alteración afecta a nivel físico y psíquico a los pacientes que lo sufren, llegando a alterar su vida social y profesional. Para diagnosticarla hay que descartar otras causas que también pueden desencadenar un aumento de sudoración: fármacos, causas neurológicas, endocrinas, infecciones o tumores. A los pacientes que ya habían sido tratados con tratamientos convencionales (toallitas, desodorantes, antitranspirantes...) o con toxina botulínica se les ofreció un tratamiento novedoso en el servicio: la iontoforesis. Es una técnica de electroterapia basada en la aplicación de una corriente continua de baja frecuencia (treinta minutos unos quince días) a través de la piel intacta, con la suficiente magnitud y duración para producir un efecto biológico terapéutico. No es cruento, ni muy molesto. Siendo bien tolerado, pues tiene diferentes intensidades. Principal: conseguir una mejor calidad de vida al disminuir o desaparecer la causa que les originaba la hiperhidrosis. Secundario: ahorrar costes al Hospital, pues este tratamiento no genera los gastos que tiene la toxina botulínica. Ser un tratamiento fácil de seguir y no ser cruento, pues no requiere ninguna infiltración.

Metodología:

Población a estudio: Pacientes que sufren hiperhidrosis, fracasando con tratamientos anteriores tópicos/orales. Pacientes que anteriormente habían sido infiltrados con toxina botulínica. Población de estudio: Todos los pacientes son del servicio de Dermatología del Hospital Militar Gómez Ulla (Madrid). Inclusión: Ambos sexos de edad adulta. Exclusión: una embarazada, pacientes que dieron casi negativo el test de Minor.

Resultados:

El 100% de los pacientes que se sometieron al tratamiento completo (dos semanas seguidas y otras dos semanas alternas) obtuvieron un resultado satisfactorio.

Conclusiones.

Este tratamiento soluciona el problema que padecían antes y ya no va a repercutir en sus actividades diarias profesionales y personales hasta el punto de que habían llegado a tener la sensación de pérdida del control de sus propias vidas. Hemos ahorrado costes al hospital.

COMUNICACIONES PÓSTER DEL XV CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA DERMATOLÓGICA

“La piel, nuestro reflejo”. Palacio de congresos El Batel, Cartagena (Murcia). 24 - 25 octubre 2019

ANEDIDIC. Comunicaciones Póster del XV Congreso Nacional de Enfermería Dermatológica. *Enferm Dermatol.* 2019;13(38):74-89. doi: 10.5281/zenodo.3588472

ABORDAJE DEL PIE DIABÉTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Perez-Quinto A, Navarro-Morote S, Nieto-Olivares I.

Introducción:

Pie diabético: conjunto de síndromes donde la neuropatía, isquemia e infección favorecen la ulceración y posible amputación. La neuropatía motora produce atrofia de la musculatura del pie y desbalance entre la musculatura flexora y extensora, conduciendo a una prominencia de las cabezas de los metatarsianos y adelgazamiento de la almohadilla plantar, aumentando la presión e incrementando el riesgo de ulceraciones. La incidencia anual de úlceras en los diabéticos es 2-4%. Anualmente más de un millón de diabéticos sufrirán amputación, de éstas 75,8% van precedidas de úlcera. Tras la amputación de una extremidad inferior, la incidencia de nueva úlcera o amputación entre dos y cinco años se acerca al 50%.

Presentación del caso:

Varón. 59 años. Diabético tipo II de 11 años de evolución. En tratamiento con antidiabéticos orales. Mal control metabólico por incumplimiento de las medidas higiénico-dietéticas; HbA1c= 11,3%. Se niega al tratamiento con insulina. Antecedentes personales: tabaquismo desde los 12 años, consumo: 132paq/año. Alcoholismo desde hace 10 años, Audiit-C=9, consumo: 31,800 UBE/semana. El paciente acudió al Centro de Salud(CS) con una lesión que describe como callo. Al desbridar la zona aparece úlcera en cara externa de la base del 5º metatarsiano del miembro inferior derecho(MID). Se observaron signos de infección, edema y eritema del pie. En el momento de la exploración no presentaba sensibilidad en planta del pie. Pulsos conservados. Se realizaron curas con el apósito Acticoat Flex3. Se dieron consejos higiénico-dietéticos, pero el paciente presentó mal cumplimiento. Poca conciencia de enfermedad. Se inició tratamiento con insulina y antibioterapia. Fue derivado a urgencias por mala evolución, tratamiento: amputación transmetatarsiana 5º dedo MID.

Evolución:

Al alta hospitalaria acudió al CS y se realizó cura con Betadine. Se insistió con el paciente en la importancia de modificar sus hábitos higiénico-dietéticos, consiguiendo que mejorara su dieta y abandonara el consumo de tabaco y alcohol. Todo ello influyó en un descenso del nivel de glucemia, en julio/19 HbA1c= 8,7%. La herida va progresando con buena evolución, manteniéndose cura seca.

Conclusiones:

El pie diabético es una complicación grave de la DM y constituye la principal causa de amputación no traumática. Una correcta educación del paciente en hábitos higiénico-dietéticos constituye el mejor modo de prevenir las amputaciones. En nuestro caso, consideramos que la amputación ha servido para concienciar al paciente sobre su enfermedad y la necesidad de cambiar sus hábitos de vida. Como indica la mejoría producida en los niveles glucémicos y en la úlcera.

ACCIÓN DEL ACEITE OZONIZADO SOBRE PIELES FRÁGILES CON ÚLCERA

Fondo-Álvarez E, Gómez-Jurado R, Cerame-Pérez S, Rodríguez-Mato V, Santiso-Casanova E, Pérez-Mora L, Burgos-Lobato R.

Introducción:

La reacción controlada del ozono gas con ácidos grasos oxida los dobles enlaces del carbono de los ácidos grasos del aceite produciendo ozónidos, aldehídos, cetonas, alcoholes y peróxidos. Estas reacciones son las responsables de las propiedades y beneficios del aceite ozonizado.

Objetivo: Valorar la acción del aceite ozonizado en piel frágil con úlcera.

Material y Método:

Se seleccionaron para la presentación del poster tres pacientes con pieles frágiles y úlceras. El procedimiento seguido en los tres casos ha sido el siguiente: Limpieza de la zona a tratar con jabón de ozono. Posteriormente se hidrata toda la piel frágil con aceite ozonizado. Se realiza cura húmeda de la lesión y vendaje compresivo en caso de úlcera vascular venosa. Para valorar el grado de deterioro de la integridad cutánea se ha utilizado la escala FEDPALLA.

Resultados:

Recuperación total de la piel deteriorada y frágil consiguiendo un grado II y I en la escala FEDPALLA.

Conclusiones:

El aceite ozonizado utilizado en los casos ha permitido la restauración de la integridad cutánea, mejorando la piel frágil. Por su efecto germicida e hidratante; evita posibles contaminaciones además de prevenir la aparición de nuevas úlceras; por su efecto antiinflamatorio disminuye el prurito, el eczema, y el enrojecimiento cutáneo; y su efecto antioxidante preserva los radicales libres retardando el envejecimiento y estimulando los mecanismos reparadores de la piel y cicatrización de las úlceras.

ACOMPAÑAMIENTO ENFERMERO, UNA HERRAMIENTA VALIOSA DE LOS CUIDADOS EN TERAPIA FOTODINÁMICA

Modrego-Aznar F, Lobán-Iza JM.

Introducción:

La terapia fotodinámica (TFD) es una modalidad terapéutica que sigue aumentando su aplicación por ser una técnica no invasiva, no quirúrgica, selectiva; ofrece altas tasas de eficacia, seguridad y excelentes resultados en el tratamiento del cáncer cutáneo no melanoma. Es una técnica indicada por el dermatólogo, pero la enfermera realiza el tratamiento íntegro. El principal efecto adverso de la TFD es el dolor que aparece durante la iluminación en forma de

quemazón, pinchazos y escozor en la zona tratada.

Objetivos:

Desarrollar un plan de cuidados (NANDA/NIC/NOC) de actuación enfermera en TFD. Aplicar dicho plan de cuidados enfermeros a los pacientes tratados de enero a mayo de 2018.

Metodología:

Esta investigación se desarrolló en las Consultas Externas de Dermatología de un Hospital terciario. Se realizó una revisión bibliográfica (2006-diciembre 2017), de artículos en español e inglés, sobre tratamiento con TFD. Se consultó la base de datos Medline/Pubmed. Las palabras clave empleadas fueron: "photodynamic therapy", "skin cáncer" "nursing". Se encontraron 8 artículos y ninguno de ellos había utilizado el lenguaje enfermero en su metodología. Se elaboró un Plan de cuidados enfermero seleccionando los diagnósticos NANDA más frecuentes que presentaron los pacientes: "00132. Dolor agudo" y "00162. Disposición para la gestión de la mejora de la propia salud". Las intervenciones enfermeras NIC más idóneas para aliviar el dolor del paciente durante la exposición a la lámpara luminica Aktilite® fueron: "5340. Presencia", "5610. Enseñanza: procedimiento/tratamiento", "5270. Apoyo emocional", "4920. Escucha activa", "6040. Terapia de relajación simple", "5310. Dar esperanza". La muestra seleccionada para este estudio la constituyeron 33 pacientes, edad media 71,15 años (de 29 a 89 años). Presentaron como diagnósticos médicos: queratosis y/o queilitis actínica, carcinoma basocelular, enfermedad de Bowen, Fibroxantoma atípico, onicomiosis, necrobiosis lipoidica, carcinoma espinocelular y micosis fungoide.

Resultados:

La TFD solo se suspendió en dos pacientes por intolerancia al dolor (carcinoma basocelular en frente-nariz y micosis fungoide en mejillas-frente) tras aplicar todos los medios físicos disponibles: aire fresco manual, nitrógeno líquido, suero fisiológico frío sobre las lesiones.

Conclusiones:

Entre las implicaciones a la práctica de enfermería, este estudio favorece la construcción de un cuerpo de conocimientos basado en la evidencia y la práctica enfermera sobre el cuidado a los pacientes que reciben TFD. Así mismo, facilita la elaboración de un protocolo de actuación que sirve y servirá de plan de cuidados enfermeros en unidades de TFD.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA DERMATITIS ATÓPICA

Quintana-Martínez De Ilduya A, Caballero-Lázaro D.

Introducción y objetivos:

La dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria crónica que cursa en brotes, no es contagiosa y se caracteriza por prurito intenso, piel seca y eccemas que puede afectar tanto a niños como a adultos. Esta enfermedad no tiene tratamiento curativo por lo que el papel de la enfermera en la educación sanitaria es fundamental para empoderar al propio paciente y a su familia con el objetivo de reducir los síntomas, intentar controlarlos y disminuir la aparición de nuevos brotes.

Objetivos:

Empoderar al paciente mejorando su autocuidado. Fomentar hábitos saludables en los cuidados de la piel. Reducir los miedos referentes al tratamiento prescrito. Proporcionar una atención integral e integrada, inclu-yendo el aspecto psicosocial de la dermatitis atópica.

Metodología:

Cómo método de trabajo en la consulta de enfermería utilizaremos la educación sanitaria como herramienta principal para aquellos pacientes que precisen información y seguimiento para mejorar sus hábitos de vida en la dermatitis atópica. Para ello, se utilizan citas presenciales y telefónicas donde ofrecer apoyo a los pacientes durante la evolución de los brotes junto al dermatólogo. Además, la enfermera puede realizar registros de constantes vitales, peso y talla, realización de escalas, cuestionarios e índices como son: índice de calidad de vida DLQI, índice/puntuación de dermatitis atópica SCORAD, índice de gravedad y área de eczema EASI. Por otro lado, es una forma rápida de detectar toxicidades, reacciones adversas y contraindicaciones del tratamiento prescrito o motivos de suspensión del mismo.

Resultados:

Gracias a las intervenciones educacionales de enfermería el paciente mejora su conocimiento básico sobre la enfermedad, disminuye su grado de preocupación, mejora la adherencia terapéutica y mejora su calidad de vida.

Conclusiones:

La educación para la salud por parte de la enfermera es una herramienta beneficiosa para el paciente porque ayuda a mejorar su autocuidado proporcionando mayor independencia para los cuidados. También, aumenta la seguridad en la aplicación de tratamientos, fomenta la incorporación de hábitos de vida saludables y reduce el grado de ansiedad⁴ de los pacientes disminuyendo las visitas al dermatólogo, así como el gasto sanitario. Esta intervención puede desarrollarse por el personal de enfermería mediante formación continuada y actualizada con el fin de fomentar el bienestar biopsicosocial de los pacientes y ofrecerles una atención integral⁵ en el contexto sanitario actual.

ACTUACIÓN Y TRATAMIENTO DE PICADURAS DE MEDUSAS EN MEDIO ACUÁTICO

Balanza-Cañete L

Introducción:

Es frecuente encontrar accidentes relacionados con la inmersión en el mar, no podemos evitar ciertos sucesos como la agresión de seres que habitan en él, especialmente de medusas. Sin embargo, resulta difícil encontrar la unificación de criterios, encontrando opiniones muy dispares y gran desconocimiento en general por parte de la población y en ocasiones confusión en el personal que colabora en la primera intervención.

Objetivo:

El objetivo principal del presente estudio es conocer el comportamiento de esta lesión tisular a varias alternativas de tratamiento con el fin de disminuir la intensidad del dolor que producen.

Metodología:

Se trata de un estudio analítico de diseño experimental, no controlado, realizado en los puestos de socorrismo de La Manga, para el

mismo se escogió una muestra de 49 personas que acudían a los puestos de salvamento y que contaban con al menos dos picaduras en diferentes zonas de la superficie corporal. Tras la valoración inicial del paciente, y después de medir la intensidad del dolor con la escala EVA, se iniciaba el tratamiento con finalidad analgésica, utilizando dos tratamientos distintos en cada paciente, uno para cada una de las picaduras. Uno de los tratamientos estaba basado en una solución de amoníaco (NH₃) diluida en agua (H₂O) y cloruro de etilo (C₂H₅Cl) en spray.

Resultados:

Cuando analizamos los cambios experimentados en cada una de las picaduras, en la picadura 1 tratada con cloruro de etilo solo 8 (16,3%) asistidos, evalúan con menos puntuación la escala EVA del dolor tras el tratamiento, lo que representa tener menos dolor, sin embargo, la mayoría, evalúan su dolor con más puntuación, 26 (53,1%), o con la misma puntuación que antes del tratamiento, 15 (30,6%) casos, $p=0,005$. En la picadura 2, tratada con amoníaco diluido, los cambios experimentados por mejoría del dolor ocurren en la mayoría de los tratados, 37 (75,5%) casos, solo 7 (14,3%) puntúan la escala con más valor, aumento del dolor, después del tratamiento, y el resto, 15 (30,6%), le dan el mismo valor, no se modifica la intensidad de su dolor, $p < 0,001$.

Conclusiones:

A pesar de que diversos estudios parecen contraindicar el uso de soluciones amoniacales en picaduras de medusas, el presente estudio parece evidenciar relación entre el alivio del dolor producido y la aplicación de la solución con amoníaco (NH₃) y se observa agravamiento y poca efectividad del Cloruro de etilo (C₂H₅Cl) en este tipo de picaduras.

APLICACIÓN DE TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA EN LOCALIZACIÓN ATÍPICA

Benítez-Fernández MT, Barros-Tornay R,
Toledo-Pastrana T, Bota-Llorca A.

Introducción:

La terapia de presión negativa se ha utilizado ampliamente como una opción para promover el crecimiento de tejido de granulación en heridas agudas y crónicas. La aplicación de esta terapia se realiza habitualmente en tronco y extremidades inferiores siendo infrecuente su uso en superficies convexas como el cuero cabelludo.

Presentación del caso clínico:

Presentamos el caso de un varón de 77 años de edad con antecedente de heridas por quemadura a consecuencia impacto de explosivo a los 27 años. Fue intervenido de carcinoma de células escamosas en cuero cabelludo parietal de 8 x 9 cm de diámetro con reconstrucción mediante injerto de piel total. Una semana tras la intervención se produce necrosis del injerto procediéndose a desbridamiento y con exposición de periostio. Con el interés de acelerar el proceso de granulación se decidió iniciar tratamiento con dispositivo de presión negativa.

Evolución:

A las 5 semanas se consigue la cobertura completa del periostio por tejido de granulación. En este momento se interrumpe tratamiento con terapia de presión negativa, comenzando con curas en ambiente húmedo hasta completar la reepitelización.

Conclusiones:

Consideramos que la terapia de presión negativa podría resultar de utilidad en aquellos pacientes con heridas de gran tamaño en superficies convexas consiguiéndose acelerar el proceso de granulación y disminuyendo el riesgo de complicaciones. Sin embargo, son necesarios nuevos estudios que respalden la utilidad de este procedimiento en estas localizaciones.

BENEFICIOS DEL PROGRAMA EDUCATIVO OFRECIDO A PACIENTES CON PSORIASIS EN CONSULTA DE ENFERMERÍA

Arjones-Peña MA.

Introducción:

Tras la apertura en hospital de Jerez de la consulta monográfica de psoriasis moderada-grave en 2012, el circuito es: los pacientes pasan por la C. Enfermería donde se les pesa talla, se toma el perímetro abdominal, TA, FC, Se registren factores de riesgo y, se les realiza PASI, DLQI y PASE si procede. La enfermera realiza educación dermatológica o refuerzo de la misma si es una revisión. Se tratarán conceptos generales de la enfermedad, tratamientos, cuidados de la piel, hidratación, higiene, tipo de ropa, hábitos dietéticos, ejercicio físico, factores de riesgo que agravan la enfermedad: tabaquismo, obesidad, stress y agresiones cutáneas. Los datos se recogen en una ficha común compartida Facultativo/ enfermera y en la historia. El paciente será visto en la consulta del facultativo, donde se valorará los datos obtenidos e instaurará tratamiento. Al iniciar un tratamiento Biológico u oral con dimetil-fumarato, el paciente es adiestrado en la administración del mismo, transporte, conservación, efectos secundarios, adherencia, refuerzo hábitos saludables y control de FR.

Metodología:

Realizamos una encuesta entre los pacientes incorporados al programa. Nuestra población era de 641 pacientes, tomamos una muestra aleatoria a 100 pacientes y volvimos a realizar la encuesta tras un periodo superior a 6 meses desde la incorporación al programa educativo.

Resultados:

¿Tiene información suficiente sobre su enfermedad? ¿Cómo considera su hidratación hoy? ¿Posee herramientas para el control del picor? ¿Conoce lo que es una dieta saludable? ¿Ha cambiado su dieta? ¿Realiza algún ejercicio? ¿Ha incorporado algún ejercicio a su rutina diaria? ¿Conoce cómo debe protegerse del sol? ¿Cómo considera su higiene diaria? ¿Fuma? ¿Ha disminuido el consumo últimamente? ¿Cómo considera su nivel de conocimientos en relación a su tratamiento? ¿Estás satisfecho con la consulta telefónica en dermatología? En escala del 1-10 puntúe cómo ha mejorado su calidad de vida desde que está en la consulta de dermatología. En escala del 1-10 puntúe la satisfacción con la consulta de enfermería.

Conclusiones:

El programa educativo influye positivamente en la mejora de los autocuidados de los pacientes con Psoriasis moderada-grave y la intervención de enfermería influye directamente en la calidad de vida de estos pacientes. Señalar, que el grado de satisfacción de los usuarios es en el 69% de los casos superior a 9 en una escala de 1 a 10.

OPTIMIZAR RECURSOS EN PACIENTES CON HERIDAS: FRECUENCIA DEL CAMBIO DE APÓSITO

Rabadán-Sáinz C, Cardona-Gómez JV, Josa-Conejos C,
Lozano-Rodríguez MV, Martínez-López V, Pérez-Corcoles MA.

Introducción:

Las heridas representan un problema importante de salud. La frecuencia de cambio de apósito es uno de los principales inductores del coste en el tratamiento de las heridas. Conseguir una reducción de dicha frecuencia aumentará la eficiencia, disminuyendo la carga asistencial y económica importante para pacientes, profesionales y sistema sanitario.

Objetivo:

Describir el impacto de la utilización de un apósito de espuma hidrocélular con indicador de cambio y capa enmascaradora de exudado en la práctica clínica real, en términos de frecuencia de cambio de apósito y coste semanal.

Metodología:

Estudio observacional donde participaron pacientes con heridas de seis centros de salud y seis centros sociosanitarios de la Comunidad Valenciana, candidatos a recibir un apósito combinado de espuma hidrocélular con indicador de cambio y capa enmascaradora de exudado. Se empleó un cuaderno de recogida de datos con diferentes variables sobre características de las heridas, motivo, frecuencia y coste del cambio apósito, opinión del profesional y satisfacción del paciente. El mismo cuaderno se cumplimentó en una visita inicial y tras 4 semanas de tratamiento en visita final. Tras la recogida de datos se realizó un análisis descriptivo de todas las variables utilizando el paquete estadístico SAS (v.9), obteniendo resultados de manera conjunta y por separado en Centros de Salud y Centros Sociosanitarios. El estudio contó con el Informe favorable Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Clínico Universitario de Valencia y recibió autorización administrativa de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.

Resultados:

Número de heridas: 44 heridas, principalmente úlceras por presión (UPP) categoría II (29,5%), y úlceras de miembro inferior (27,3%). De centros de salud fueron 29 heridas, UPP categoría III (37,9%) y úlceras del miembro inferior (24,1%). Frecuencia de cambio de apósito: se redujo un 48,7% (De 3,84 cambios/semana con el tratamiento previo, hasta 1,97 con el nuevo apósito) ($p < 0,001$). En centros de salud se redujo un 46,7% (de 3,45 a 1,84 cambios) ($p < 0,001$). Coste por paciente/semana: se redujo un 56,3% ($p < 0,0002$). En centros de salud se redujo un 55,6% ($p < 0,0228$). Satisfacción pacientes y profesionales: favorable tanto en estudio general como en centro de salud

Conclusiones:

La utilización de un apósito con indicador de cambio y capa enmascaradora disminuye la frecuencia de cambio de apósito y del coste de los recursos sanitarios, aumentando la eficiencia en el cuidado de pacientes con heridas. Su uso mejora la satisfacción del paciente y tiene una valoración positiva de los profesionales.

CASO CLÍNICO TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA EN HERIDA CRÓNICA

Sánchez-González M, Rosagro-Rosagro EM, Morcillo-Palacios P,
Río-Mosso M, Río-Mosso I, Hernández-Jiménez L.

Introducción:

Las úlceras del pie diabético son heridas complicadas cuya curación suponen una larga estancia hospitalaria con un alto coste económico y un detrimento en la calidad de vida del paciente y familia. Ante los tratamientos convencionales la enfermería se plantea nuevos retos que mejoren dichos tratamientos, uno de ellos es la TPN (Terapia de Presión Negativa), ya que supone una mejora en la evolución de las úlceras y en la calidad de vida.

Presentación del caso clínico:

Paciente varón de 60 años de edad, autónomo. Antecedentes: HTA (Hipertensión Arterial), DM Tipo 2 (Diabetes Mellitus) mal controlada, Dislipemia. Enfermedad actual: Ingresa el 30/11/2018 presentando lesión de 5º dedo pie izquierdo de 4 días de evolución con dolor. Exploración física: Eritema hasta 1/3 en pierna y cara externa del pie izquierdo con necrosis, olor anaerobio, desarticulación en 5º dedo y celulitis del ante pie. RX: Osteomielitis de 2º y 3º falange de 5º dedo pie izquierdo.

Evolución:

El paciente ingresa con necrosis y osteomielitis a los 8 días se realiza amputación del 5º dedo pie izquierdo, se inicia educación diabetológica, tratamiento integral y curas convencionales durante 8 días más, tras mala evolución se decide limpieza y desbridamiento quirúrgico y se inicia TPN con notable mejoría y buena evolución por lo que se da el alta al paciente, con cambios del sistema en cirugía de forma ambulatoria. Tras 4 meses con TPN se retira con buena evolución para descanso, con curas convencionales. Ante una mala y rápida evolución de la herida en la 3ª semana se decide instaurar de nuevo TPN intermitente 45/125 durante 2 meses con una favorable evolución hasta cicatrización total y alta definitiva del paciente.

Conclusiones:

Queremos exponer este caso clínico porque hemos logrado los objetivos planteados con este paciente, por el impacto actual de esta terapia y con el propósito de seguir en esta línea investigadora, ya que con la TPN hemos disminuido de forma considerable el tiempo de cicatrización, aumentando la granulación y su total epitelización en pocos meses en comparación con los apósitos usados en la cura convencional habitual. Esta TPN ha sido igual de segura y más eficaz. Aún falta evidencia, práctica y formación que nos lleve a criterios unificados ya que aún reside gran incertidumbre en la actuación enfermera.

CASO CLÍNICO: TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA EN HERIDA QUIRÚRGICA POSTMASTECTOMÍA

Alfonso-López A, Sierra-Fernández I, Arlandis- Palau P,
Gómez-Corecher MA, Montero-Soler C.

Introducción:

La aplicación de presión negativa se ha demostrado útil en heridas quirúrgicas puesto que aumenta la eliminación de exudados, previniendo la formación de colecciones, y favorece la perfusión tisular, ayudando a la cicatrización. Además, contribuye a disminuir el riesgo de infección relacionado con la manipulación y por ende, el número de curas. Se presenta un caso clínico en el que se aplica la terapia por vacío sobre herida quirúrgica postmastectomía cerrada, con evolución favorable y mínimo edema postoperatorio.

Presentación del caso clínico:

Mujer de 47 años de edad. No alérgica, sin factores de riesgo cardiovascular ni tratamiento médico habitual. Sin antecedentes relevantes. Diagnosticada de carcinoma ductal infiltrante de mama derecha, con componente in situ por lo que es intervenida inicialmente en abril del 2019, realizando un patrón lateral oncológico. En nueva revisión se evidenció persistencia de afectación del margen inferior del componente in situ por lo que se reintervino en mayo del mismo año. Tras nuevo resultado patológico, se decidió realizar mastectomía subcutánea con reconstrucción inmediata y preservación del complejo areola pezón.

Evolución:

Se realizó intervención quirúrgica programada de mastectomía subcutánea con reconstrucción con prótesis de poliuretano sin incidencias. Dado que este tipo de prótesis requiere de una coaptación perfecta de la piel se decidió usar para asegurar el sellado subcutáneo la terapia de presión negativa para heridas, lo que ayudó también en el control del edema post- intervención. Para ello se realizaron a nivel quirúrgico puntos de drenaje en torno al complejo areola-pezón que permitieron la salida del exudado. Se mantuvo la terapia de vacío tres días, observándose en su retirada una herida con buen aspecto y una buena pigmentación del complejo areola-pezón. Estando hemodinámicamente estable y afebril se decide alta hospitalaria con control posterior en consultas externas.

Conclusiones:

La terapia de presión negativa ayuda a disminuir el edema y mejorar la cicatrización de heridas quirúrgicas. Su uso en la colocación de prótesis mamarias de poliuretano favorece su sellado a nivel subcutáneo y genera buenos resultados a nivel estético. Su aplicación favorece la comodidad por parte del paciente y ayuda a disminuir el número de curas y la manipulación.

CASOS CLÍNICOS CON APÓSITO DE ESPUMA E HIDROGEL

Linares-Herrera JP, Roig-Calvet O, Balague-Chorda A, Buera-Pitarque N, Saura-Prades M, Quilez-Recio A.

Objetivos:

Reducir el dolor, desbridar las zonas afectadas y epitelizar la zona de la quemadura.

Presentación de los casos:

Caso 1: Paciente mujer de 50 años, con antecedentes de obesidad, meniscopatía, TT^o: sin tratamiento activo Acude por quemadura en dorso del pie derecho con agua hirviendo con afectación de la zona de articulación en la base del 3^o y 4^o dedo, quemaduras de 2^o profundo y superficial. Dolor EVA 9.

Caso 2: Paciente mujer de 35 años, con antecedentes de fibromialgia y obesidad, TT^o: con tratamiento con Nolotil si precisa. acude para curas de quemadura en dorso pie izquierdo con agua hirviendo con afectación de zona dorsal de metatarsianos 2^o y 3^o y articulaciones de 1^o, 2^o, 3er y 4^o y 5^o dedos quemaduras de 2^o con ampollas de pequeño tamaño; quemaduras de 2^o superficial y 3^o con afectación de la subdermis con tejido necrótico de 2 cm x 0,5 cm, dolor EVA 8, TT^o: se realiza limpieza, desbridamiento de la epidermis afectada y se realizan curas con lavado de la zona con agua y jabón, secado, aplicación de microdacyn® para limpiar la zona y apósito de hydrotac®.

Evolución: se consigue disminuir el dolor considerablemente desde la primera aplicación del apósito de hydrotac® debido al hidrogel que posee dando la sensación de frescor y disminuyendo el dolor, facilitando la cura en ambiente húmedo y conseguir la epitelización.

Conclusiones: las curas de forma sistematizada con un abordaje para conseguir un tratamiento integral, con la combinación de espuma e hidrogel para facilitar el desbridamiento, recogida de exudado y favorecer la epitelización.

CICATRIZACIÓN POR SEGUNDA INTENCIÓN EN HERIDAS QUIRÚRGICAS COMPLICADAS

Martín-Díaz F, Morales-de los Ríos P, Conde-Montero E, Ruedas-Martínez A, Romero-Rodríguez C, Horcajada-Reales C.

Introducción y objetivos:

Las heridas quirúrgicas en ocasiones se complican con la dehiscencia de la misma, ya sea por sobreinfección, necrosis, seroma subyacente u otras causas. El objetivo de este trabajo es presentar cómo esta complicación puede manejarse mediante la cicatrización por segunda intención. En manos expertas, estas curas obtienen un óptimo resultado estético evitando la nueva reconstrucción quirúrgica y en un tiempo razonable bien aceptado por los pacientes.

Metodología: Se presentan casos de heridas quirúrgicas dermatológicas que presentaron alguna complicación y que se manejan con curas hospitalarias en la Consulta de Enfermería Dermatológica del Hospital Gregorio Marañón hasta su cierre por segunda intención.

Resultados: Se presentan 4 casos, 2 mujeres y 2 varones, de edades comprendidas entre 40 y 84 años, con heridas quirúrgicas resultantes de la extirpación de los nodos de carcinomas basocelulares y reconstruidos mediante colgajo local o injerto de piel total. Uno de ellos se complicó por sobreinfección de la herida y otros 3 presentaron dehiscencia por necrosis. Se realizaron curas semanales en las que se realizaba limpieza con solución de polihexanida, desbridamiento cortante del tejido necrótico, fomentos de polihexanida durante 10 minutos, y a diario los pacientes aplicaban emulsión de betaglucano y hialurónico (Neoviderm®); además de antibiótico en caso de sospecha clínica de sobreinfección. El tiempo medio de curación fue de 8 semanas con un resultado estético muy aceptable.

Conclusiones: Las curas de las heridas quirúrgicas necróticas o dehiscencias dirigidas por un profesional especializado, junto con el empleo de productos limpiadores y reparadores cutáneos de nueva generación, consiguen un cierre por segunda intención en un breve plazo de tiempo y con muy buen resultado estético. Además, estas curas son de buen agrado aceptadas por los pacientes, que pueden realizarlas a diario en su domicilio y acudir sólo para ver evolución y cura semanal al centro sanitario.

COMPRESIÓN TERAPÉUTICA. UN CASO COMPLEJO

Hernández-Jiménez L, Rio-Mosso M, Rio-Mosso I, López-Jover JC, Poza-López B, Sánchez-González M.

Introducción:

El papel de la enfermería es esencial en el proceso de adaptación de las personas a la enfermedad crónica. Es fundamental incorporar

elementos holísticos en el acompañamiento y los cuidados con el propósito de enfocarse en la totalidad de la persona y su entorno. Uno de los puntos en los que hemos centrado este caso es la etiología de la insuficiencia venosa, la cual hemos abordado a través de la compresión terapéutica. Está comprobado que la compresión terapéutica es el Gold estándar en el abordaje de las lesiones por insuficiencia venosa, sin olvidar los cuidados locales de dichas lesiones.

Presentación caso clínico:

Varón de 79 años, que vive con su esposa en un paraje aislado del núcleo urbano. Es independiente para las actividades de la vida diaria, pero precisa ayuda para las instrumentales. Además, tiene dificultades para comprender las explicaciones, olvida con facilidad y presenta verborrea. No puede dormir en la cama porque se sofoca y le cuesta respirar. Tiene que estar incorporado. Duerme en un sillón con las piernas en declive sobre una silla. Presenta múltiples lesiones recidivantes que son superficiales y afectan a dermis, bordes irregulares y macerados en cara anterior de ambas piernas, no dolorosas, signo de rascado, y exudado seroso. Se aprecian signos de insuficiencia venosa, edema con fovea en ambas piernas que aumenta a lo largo del día.

Evolución:

Se realizaron curas locales siguiendo el acrónimo TIME en función de las diferentes fases de la cicatrización. Además, a nivel regional se instauró compresión terapéutica, aplicándola progresivamente con el fin de evitar las posibles complicaciones de una rápida depleción de volumen en un paciente potencialmente inestable.

Conclusiones:

El verdadero reto con este paciente fue romper sus barreras ideológicas y culturales acerca de determinados aspectos del tratamiento como puede ser el uso de medias en un varón, a pesar de ser por indicación terapéutica. En este caso se consiguió adherir al paciente en el manejo de la terapia de compresión, de forma lenta y progresiva evitando recidivas de sus múltiples lesiones.

CUIDADOS AL PACIENTE EN EL TRATAMIENTO CON CANTARIDINA

Pérez-Goñi I, Munarriz-Larrión R, Aguado-Gil L.

Introducción:

Las verrugas son infecciones cutáneas muy comunes causadas por el virus del papiloma humano (HPV) que pueden desarrollarse en cualquier parte del cuerpo y con frecuencia son refractarias a los tratamientos. En el departamento de dermatología de nuestro hospital un tratamiento de elección de las verrugas, llevado a cabo por el personal de enfermería, es la aplicación de la fórmula magistral de cantaridina. Su composición es: 1% de cantaridina, 5% de podofilino y 30% de ácido salicílico en colodión flexible. Se aplica y se ocluye durante 24 horas, con su correspondiente seguimiento y valoración de la evolución hasta su resolución. La aplicación no produce inicialmente ningún tipo de malestar, aunque la formación de las ampollas puede originar desde leves molestias hasta dolor moderado.

Objetivos:

Describir la realización del tratamiento con cantaridina y posterior seguimiento por parte de enfermería, en verrugas vulgares.

Metodología:

Estudio descriptivo prospectivo. Se llevó a cabo el tratamiento y seguimiento de 25 pacientes. Tratamiento y seguimiento: se realiza preparación de la piel, aplicación de la fórmula y entrega de documento informativo, oclusión 24 horas, toma de imágenes en los días siguientes y nueva aplicación cada 3 semanas hasta su resolución.

Resultados:

La aplicación se realizó en verrugas similares entre sí. Tras las 24h de la aplicación y oclusión de la cantaridina, 3 pacientes presentaron reacción inflamatoria mayor de lo normal y precisaron de realización de curas con povidona yodada en consulta. El resto realizaron las curas en casa con las instrucciones dadas por enfermería. A la semana de la aplicación, un paciente continuó acudiendo a la realización de cura en consulta. A las 3 semanas, el 75% de los pacientes precisó de una nueva aplicación del tratamiento y a las 6 semanas un 50%. La eliminación completa de la verruga se consiguió en un 90% de los pacientes.

Conclusiones:

El tratamiento con cantaridina en verrugas es efectivo y sus cuidados son sencillos para el paciente. La formación de la ampolla puede impactar al paciente por su mal aspecto ya que el color en ocasiones es similar al que se observa en infecciones cutáneas. No obstante, la explicación detallada del proceso (principalmente el relacionado con aspecto de las ampollas) y seguimiento por parte de enfermería evita llamadas y consultas en el departamento de dermatología y servicio de urgencias.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE Y MANEJO DE UNA ÚLCERA DE EVOLUCIÓN TÓRPIDA: IMPLEMENTANDO EVIDENCIAS

Bravo-Gómez MJ, Ramírez-López B, Toribio-Montero JC.

Introducción:

En este trabajo presentamos el caso clínico de un paciente con una úlcera de larga evolución, en el que aplicamos la técnica de microinjertos cutáneos combinada con la Terapia de Presión Negativa. Los injertos cutáneos autólogos (microinjertos), son obtenidos a través de varios punch de piel total del propio paciente de otra localización. Es un procedimiento que ha demostrado mejorar la evolución de las heridas y aliviar el dolor de forma considerable. La utilización conjunta de esta técnica con la Terapia de Presión Negativa ha demostrado acelerar el proceso con un mayor prendimiento de los injertos, mejorando el lecho de la herida. El papel de la enfermería en este procedimiento es fundamental, ya que el éxito de los microinjertos, depende directamente del estado previo del lecho de la herida, la correcta realización de la técnica y la educación sanitaria del paciente para los cuidados posteriores a la intervención, así como cuidados de la herida hasta su resolución.

Presentación del caso clínico:

Hombre de 78 años de edad, con antecedentes de FA persistente, HTA, dislipemia y lumbalgia y buen estado nutricional. Tratamiento: diazepam, omeprazol, bisoprolol, tocoferol, simvastatina, sintrom, irbesartan/Hidroclorotiazida. En 2011 presentó una úlcera en pie derecho, que se trató quirúrgicamente con un injerto de piel total, posteriormente necesitó 9 meses de curas convencionales hasta su cierre. Actualmente el paciente acude a nuestra unidad con una nueva úlcera en la misma zona, tras un traumatismo leve hace 5

meses, que han tratado en su centro de salud, con una evolución tórpida, aumento de tamaño, dolorosa y una disminución considerable en la calidad de vida.

Evolución:

Presenta úlcera de aproximadamente 4 x 3 cm en tobillo derecho, con tejido fibrosado de difícil retirada y poco vascularizado, con bordes irregulares y dolorosa al tacto. Realizamos curas convencionales durante un mes, con desbridamiento cortante y colagenasa para eliminar fibrina, sin buena evolución, por lo que realizamos una búsqueda bibliográfica acerca del tratamiento de úlceras crónicas y de evolución tórpida. De forma consensuada con el paciente y el dermatólogo, decidimos realizar la técnica de microinjertos cutáneos por punch de piel total combinada con la Terapia de Presión Negativa. La técnica es realizada en la sala de curas por el personal de enfermería de la unidad.

Conclusiones:

La técnica de microinjertos cutáneos por punch de piel total combinada con la Terapia de Presión Negativa, han demostrado ser una opción de tratamiento a tener en cuenta, en el tratamiento de pacientes con úlceras de evolución tórpida. En el caso clínico presentado hemos logrado una clara aceleración en el proceso de cicatrización de la herida, además de una disminución del dolor, mejorando así la calidad de vida del paciente. La enfermería, en colaboración con el dermatólogo, está capacitada para la realización de los cuidados que en este tipo de técnica se precisan, tanto en la realización de los microinjertos, como los cuidados posteriores y seguimiento de su evolución. Es importante que la enfermería utilice la búsqueda bibliográfica para la adquisición de conocimiento actual y relevante acerca de los problemas en cuidados de salud. Debemos tomar decisiones bien informadas e introducir cambios asegurando que nuestra práctica cuenta con la mayor evidencia de resultados.

CUIDANDO LA PIEL PERIOSTOMAL

Landete-Belda L, Montero Soler C, Alfonso-López A.

Introducción:

La ostomía supone la exteriorización de una cavidad mediante un tubo al exterior. Según su objetivo puede ser de eliminación, de alimentación o respiratoria. La dermatitis periestomal irritativa es la complicación más frecuente de todos los grupos debido al contacto de sustancias irritantes con la piel, provocando una alteración de la integridad cutánea. Repercute de forma importante en la calidad de vida del paciente y en la adaptación del dispositivo. Los profesionales de enfermería debemos conocer sus causas y dirigir nuestros cuidados hacia su prevención y/o tratamiento.

Objetivo:

Crear una herramienta visual en forma de infografía que recoja los cuidados generales de la piel periestomal para prevenir y tratar la dermatitis irritativa dirigida al profesional de enfermería.

Metodología:

Consulta bibliográfica en bases de datos de la salud: MedLine, Cuiden, LILACS. Se incluyeron todos los estudios dirigidos a estomas de eliminación, respiratorios y de alimentación. Se elaboró una infografía con la información relevante extraída de la bibliografía.

Resultados:

Se creó una infografía que recoge los siguientes puntos clave: causas, epidemiología, síntomas, prevención, tratamiento, diagnósticos de enfermería,

Conclusiones:

El uso de herramientas visuales apoya la práctica profesional y facilita la transmisión de la información. La dermatitis irritativa periestomal es una complicación frecuente de cualquier tipo de ostomía, siendo importante conocer sus causas, prevención y abordaje.

DIFERENCIAS ENTRE ÚLCERAS VASCULARES ARTERIALES Y VENOSAS. IMPORTANCIA DE LA TERAPIA COMPRESIVA EN LAS ÚLCERAS VENOSAS

Fabra-García I, Gálvez-Diez N, Pérez Icaran S, Arandis-Muñoz A.

Introducción y objetivos:

El diagnóstico diferencial entre las úlceras arteriales y venosas de los miembros inferiores es fundamental para establecer un correcto diagnóstico y plan terapéutico. Muchas veces no es fácil y hay que tener en cuenta que un alto porcentaje de úlceras venosas tienen un componente arterial, siendo mixtas. A continuación, proponemos el algoritmo diagnóstico y terapéutico que utilizamos en la Unidad de úlceras de nuestro servicio.

Métodos:

En primer lugar, es fundamental la exploración clínica de la úlcera y la extremidad, la presencia o ausencia de pulsos periféricos y la historia clínica del paciente. Posteriormente, se realizará el ITB o índice Doppler y tras el resultado podremos estar ante tres escenarios diferentes: 1) ITB < 0'5: úlcera arterial. 2) ITB entre 0'5 y 0'8: úlcera mixta (arterial y venosa). 3) ITB > 0'8: úlcera venosa. Lo más importante es diferenciar la úlcera arterial de la mixta y venosa. Puesto que en las dos últimas se podrá aplicar terapia compresiva que está contraindicada en las úlceras arteriales.

Resultados:

El tratamiento de una úlcera venosa sin complicaciones ni contraindicaciones (insuficiencia cardíaca, embolia pulmonar, infecciones cutáneas, flebitis inflamatoria, carcinoma o metástasis, sospecha de trombosis venosa profunda) será la terapia compresiva con sistemas multicapa que mantienen una presión de 40 mmHg junto con una medidas higiénicas adecuadas y preparado previo de la úlcera cutánea. En cambio, el tratamiento de una úlcera mixta será un vendaje inelástico que mantiene una presión entre 15-25 mmHg. Si tras cuatro semanas mejora, hay que seguir con el plan terapéutico y tras la curación prevenir las recidivas (caminar, medias elásticas de compresión media o fuerte, elevación de las extremidades, control de los factores de riesgo cardiovascular). Si no se observa mejoría, se recomienda derivar al especialista vascular.

Conclusiones:

Es muy importante conocer el diagnóstico diferencial entre las úlceras venosas y arteriales, así como su tratamiento ya que un diagnóstico inicial erróneo conlleva cronicidad, recidiva y disminución de la calidad de vida de los pacientes. La úlcera de etiología venosa es la más frecuente (70-80%) en la extremidad inferior. Para su tratamiento, es fundamental cuidado local de la úlcera y la terapia de compresión con medias terapéuticas con una presión mayor de 35 mmHg. Además, hay que educar a los pacientes para evitar las recidivas teniendo unos hábitos posturales, higiénicos y nutricionales adecuados.

ESTRATEGIAS PARA FACILITAR EL CONTROL DE LA DERMATITIS ATÓPICA DEL ADULTO

Sierra-Talamantes C, Zaragoza-Ninet V, Zamora-Ortiz J, Iborra -Palau E, Diez-Fornes P, Palomar D.

Introducción:

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel caracterizada por prurito intenso, sequedad cutánea y lesiones cutáneas inflamatorias que cursan con episodios agudos de exacerbación o brotes. Respecto a las causas de la DA se ha evidenciado la implicación de factores genéticos, biológicos, inmunológicos y ambientales. Algunos pacientes con DA asocian además otras enfermedades concomitantes como rinitis, conjuntivitis, asma alérgico y alergia a alimentos. Para la valoración de la gravedad de la enfermedad se utiliza el denominado SCORAD en el que se valoran tanto la extensión como la intensidad de las lesiones, así como el impacto de los síntomas subjetivos (prurito, insomnio) en la calidad de vida del paciente. Mediante la aplicación del SCORAD se han establecido tres grados de gravedad: leve, moderada y grave.

Objetivo:

Elaborar un folleto educativo/informativo para pacientes con DA orientado hacia el manejo de los cuidados de la piel.

Metodología:

Para la elaboración del folleto nos hemos apoyado en el fomento de hábitos relacionados con: el ambiente, la higiene, la hidratación cutánea, la vestimenta, el deporte/ejercicio físico y la información sobre las pautas de tratamiento.

Conclusiones:

Los folletos informativos ayudan a reforzar la información recibida en la consulta, mejoran el control de las patologías crónicas y fortalecen el empoderamiento del paciente con relación a las habilidades para el autocuidado.

IMPLANTACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS EN EL CUIDADO DE PERSONAS CON HERIDAS CRÓNICAS COMPLEJAS

Pablo-Ramis R, Hurtado-Navarro C, Pacheco-Ballarín P.

Introducción:

Las heridas crónicas complejas son un importante problema de salud, aumentan la morbimortalidad disminuyendo la calidad de vida de pacientes y cuidadores. Ante el reto de ofrecer una atención integral, efectiva, de calidad y sostenible, en julio del 2015 se creó en nuestro Departamento una Unidad Enfermera de Úlceras y Heridas (UEUH). Pretendía implantar Buenas Prácticas (BP) en el cuidado de estas personas, para lo que ha sido clave la figura de la enfermera referente.

Objetivo:

Describir y analizar la implantación de BP a través de la UEUH.

Metodología:

Se siguieron los pasos del Marco de Conocimiento para la Acción: identificación del problema, adaptación local de recursos y conocimientos, análisis de barreras y facilitadores, y selección de intervenciones: 1) Creación de la UEUH: Delimitación de procesos y circuitos de activación. Sistemas de gestión de actividad: registros,

comunicación interprofesional, continuidad de cuidados. Recursos materiales: infraestructura, dotación y equipamiento. Recursos humanos: Enfermera referente, TCAE. 2) Difusión: Presentación a profesionales: Mandos intermedios y Comisión CATIC. Actualización y difusión de protocolos y procedimientos de cuidados. 3) Formación: Sesiones en servicios, detección de necesidades formativas, cursos presenciales y en línea en el plan de formación continuada de la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES). 4) Diseño de indicadores de proceso y resultados. La sostenibilidad del uso del conocimiento se promovió mediante la participación en investigación intradepartamental y multicéntrica, difusión de la UEUH en reuniones científicas y participación de la enfermera referente como experta en grupos de trabajo

Resultados:

Se han atendido 1790 personas (67,5% ingresadas; 32,5% ambulatorias). Presentaban un total de 2075 heridas complejas y necesitaron 7174 visitas (media de 2,30 por paciente hospitalizado y 7,5 ambulatorio). La actividad aumentó en el año 2016 (1787) y 2017 (1992), y se estabilizó en 2018 (1866) y 2019 (1529 hasta agosto). El 52,4% de interconsultas son médicas y el 48,9% quirúrgicas. Proceden el 70,3% del hospital y el 29,7% de consulta externa, atención primaria y residencias sociosanitarias. En el hospital 924 (64,21%) pacientes son dados de alta de la unidad. Las altas por curación de los pacientes vistos en consulta son 521 (82%). Más del 99,70% de los pacientes refieren estar satisfechos o muy satisfechos con la espera en la consulta, la información y el trato recibido y el resultado de su tratamiento.

Conclusiones:

Las estrategias elegidas han conseguido la implantación de las BP en el cuidado de personas con heridas complejas y su consolidación en la institución.

IMPORTANCIA DE FORMAR AL CUIDADOR DEL PACIENTE CON ÚLCERAS POR PRESIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO

Nieto-Olivares I.

Introducción:

El paciente inmovilizado presenta un riesgo elevado de padecer Úlceras por Presión (UPP) Según el último estudio Nacional de prevalencia de UPP (2017) en Atención Primaria es de un 4,8% de los pacientes atendidos en domicilio. Las UPP son un problema de Salud de gran repercusión sobre el bienestar, la vida del paciente y los sistemas de salud. El estado nutricional, los cuidados de la piel y las medidas para evitar la presión son fundamentales para la prevención, la curación y para reducir riesgo de infecciones. Es necesario un plan de formación por parte de los enfermeros de Atención Primaria a los cuidadores para un mejor abordaje de este problema.

Presentación del caso:

Mujer de 92 años, con Demencia Cuerpos de Lewy/Mixta Enf. Alzheimer de 10 años de Evolución. Movilidad reducida. Vida (cama-sillón) No emite lenguaje. Índice Barthel: 5; de Katz: G; de Norton: 10. Incontinencia mixta. Pérdida de peso de 4kg en los últimos 6 meses. Se le administra Vitamina B12 (182 pg/ml) desde septiembre 2018. Avisan por deterioro y herida en trocánter izquierdo, 4 x 3 cm y estadio III. Se instauran curas con cadexómero yodado, dos a tres veces por semana con desbridamiento quirúrgico por enfermería de Atención Primaria, cuando la herida lo precisa. Presenta

además, UPP en trocánter derecho de 3 x 3 cm y estadio II, curas con hidrogel+apósito de hidrofibra con plata. Se programa visita domiciliaria con su médico y su enfermera para valoración de la paciente. Se solicita analítica de orina por ITU de repetición, se valora estado nutricional indicándole suplemento nutricional hiperprotéico, ingesta adecuada líquidos vía oral y se instruye a los cuidadores sobre higiene, medidas para evitar presión en cama y sillón, recomendando los dispositivos adecuados en cada caso.

Evolución:

Al mes de inicio de las curas y de los cuidados en los que se instruye a la cuidadora, supervisados por enfermería en cada visita, hay ganancia ponderal y buena evolución de las heridas, se reducen los suplementos nutricionales. Presenta nueva lesión en sacro de 0,2 x 0,3 cm que se resuelve con hidrocoloide en una semana. A los dos meses, la herida del trocánter derecho a epitelizado; en el izquierdo se continúan curas 15 días más, aplicando apósito de colágeno, hasta completar cicatrización.

Conclusiones:

La educación sanitaria y el asesoramiento a los cuidadores por parte del Equipo de Atención Primaria en visita domiciliaria médico/enfermera abordando la UPP de forma integral ha contribuido a la curación y a evitar complicaciones en nuestro paciente.

IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN EN EL CÁNCER DE PIEL

Navarro-Morote S, Nieto-Olivares I, Alcaraz-Hernández N, Pérez-Quinto A.

Introducción:

El cáncer de piel es el cáncer más frecuente en todo el mundo. Suele estar causado por una exposición excesiva a los rayos ultravioleta(UV), que penetran en la piel y la dañan. Las lesiones cancerosas suelen aparecer en las zonas que con mayor frecuencia están expuestas a los rayos UV como la cara, el cuello, la espalda y las extremidades. El número de casos de cáncer de piel diagnosticados está aumentando, probablemente debido al escaso seguimiento de las recomendaciones necesarias para la prevención y a la poca concienciación pública acerca de los síntomas y signos de presentación del cáncer de piel.

Objetivos:

El objetivo de esta revisión es conocer el papel que juega la prevención en el cáncer de piel, donde la modificación de conductas de riesgo y la oportuna detección precoz de lesiones en la piel, pueden contribuir al descenso de la incidencia de esta enfermedad.

Metodología:

Se realiza una búsqueda bibliográfica en las bases de datos como PubMed, LILACS, ScienceDirect, Scielo, Cochrane, Dialnet y Cuiden. Palabras clave: prevención, cáncer de piel, melanoma, fotoprotección.

Resultados:

Cerca del 80% de todos los casos que se dan de cáncer de piel se podrían evitar reduciendo las exposiciones y utilizando debidamente la protección solar. En el caso del melanoma se podría evitar hasta en un 90%. Estas cifras enfatizan la importancia de las campañas educativas en la prevención del cáncer de piel, cuya efectividad radica en un consejo personalizado a los pacientes sobre

fotoprotección, modificación de conductas de riesgo y fomento del autoexamen de la piel como método de control y vigilancia. Gracias a estas campañas, la población ha asumido un mayor grado de concienciación sobre este tema, obteniéndose un aumento de la evitación solar y de otras conductas de protección frente a la radiación UV.

Conclusiones:

El cáncer de piel es uno de los tipos de cáncer que más fácilmente pueden evitarse, debido a que puede verse, se puede detectar en una fase temprana y el principal factor de riesgo, la exposición a rayos UV, puede reducirse mediante cambios en el comportamiento en relación con el sol. Se ha demostrado en los diferentes estudios revisados que a través de medidas de prevención como la fotoprotección o la reducción de las exposiciones solares y la creación de campañas educativas, se ha logrado un descenso en la morbimortalidad de este tipo de cáncer.

IMPORTANCIA DEL USO DE LA DESCARGA CON FIELTRO EN LA CICATRIZACIÓN DE LAS LESIONES PLANTARES DEL PIE DIABÉTICO

Martínez-Alcaraz RC, Salvador-Martínez Y.

Resumen:

Seguimiento de úlcera plantar tratada en la unidad del pie diabético en Aljucer, con plantilla de descarga de fieltro, observando su mejoría en paciente con deambulación normal. El póster consta de: Introducción. Objetivos. Material y métodos. Resultados. Conclusiones: Uso de descarga resulta ser imprescindible en pacientes diabéticos que deambulan con normalidad.

MANEJO DE LA INCONTINENCIA COMO RETO EN EL TRATAMIENTO: LA ELECCIÓN ADECUADA DE UN ABSORBENTE PREVIENE LAS LESIONES POR HUMEDAD (LESCAH)

Ramírez-Mañas C, Puentes-Pardo JD, Pardo-González CM, Pardo-González B, Puentes-Sánchez J, Lorenzo-Urbina C.

Introducción:

La incontinencia Urinaria según Internacional Continence Society (ICS 2002) es la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, objetivamente demostrable, ocasionando problemas sociales e higiénicos para el individuo. Afecta a todo grupo de población, aunque aumenta con la edad; y ocasionan un impacto en la calidad de vida. La prevalencia de LESCAH es del 3,7% en Atención Primaria, del 8,1% centros hospitalarios y 5,25% en centros socio-sanitarios; siendo DAI el tipo de lesión más prevalente.

Objetivo:

Demostrar la importancia y la eficacia de un uso adecuado de un absorbente y con tecnología ConfioAir™ como el dispositivo más adecuado para evitar la DAI y otras lesiones por humedad.

Metodología:

El estudio se ha realizado durante un trimestre, 1 de abril al 30 de junio 2019. Se realiza un estudio cuantitativo mediante un estudio descriptivo prospectivo sobre pacientes ingresados en una Unidad de agudos de Medicina interna. Con un mínimo de estancia hospitalaria de una semana. El estudio con el uso de absorbente con

tecnología ConfioAir se llevó a cabo en las habitaciones pares de esta Unidad. Pacientes 68, hombres: 21, mujeres: 47. Muestra incluida: pacientes mayores de 65 años, con incontinencia urinaria y/o fecal. Escala de independencia basada en el índice de Barthel con una puntuación menor o igual a 60 puntos. Presencia de lesiones por humedad en grado 1 y 2 según escala EVE sin apósito y/u otros dispositivos. Consentimiento informado del cuidador responsable-familia. Muestra excluida: pacientes menores de 65 años, enfermedad severa (a criterio del investigador), UPP por humedad en sacro y nalgas. El estudio está basado en la Escala visual del eritema (EVE), donde solo se valora la intensidad visualmente por su color, siendo esto muy variable a la hora de determinar qué grado de afectación existe.

Resultados:

El uso de este dispositivo pañal con tecnología ConfioAir™. Ningún paciente tuvo la Presencia de DAI. Además de los 27 pacientes (10 en EVE 1; y 17 EVE 2) bastó el pañal y una higiene corporal sin agua y jabón, manoplas húmedas Tena Wet Wash glove) para remitir la Dermatitis y eritema ocasionado por lesiones por humedad.

Conclusiones:

El uso de dispositivos absorbentes es útil en el cuidado de la incontinencia sobre todo en pacientes geriátricos incontinentes y muy dependientes. Un pañal con tecnología ConfioAir™ es un dispositivo absorbente totalmente transpirable diseñado para preservar la salud de la piel. Prevenir DAI y otras lesiones por humedad.

MANEJO DE ÚLCERAS VENOSAS CON TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA

Salvador-Martínez Y.

Resumen:

Exposición de dos casos clínicos reales, tratados con terapia de presión negativa (PICO) en la unidad del pie diabético en Aljucer (Murcia) correspondiente al Área I. El póster consta de: Introducción. Objetivos. Material y métodos. Resultados. Conclusiones: Observamos la mejoría de las úlceras venosas en un corto periodo de tiempo gracias a la terapia de compresión negativa PICO.

MAPEO NACIONAL DE GRADOS EN ENFERMERÍA QUE INCLUYEN ASIGNATURAS RELACIONADAS CON EL DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA

Sánchez-Gálvez J, Rumbo-Prieto JM.

Introducción:

La prevención y tratamiento del deterioro de la integridad cutánea es, sin duda, una de las acciones de cuidados más habituales dentro de la actividad sanitaria de los profesionales de enfermería en los distintos contextos asistenciales (atención hospitalaria, atención primaria y sociosanitaria). La toma de decisiones sobre su abordaje requiere tener en cuenta las evidencias científicas, los recursos disponibles, las preferencias del paciente y, el experto juicio de la enfermera. Es por ello, que la formación continuada y especializada juega un papel importante para adquirir ese juicio clínico; pero mejor aún, si se adquiere desde la base, es decir desde la formación pregrado universitaria.

Objetivo:

Mapear qué centros universitarios públicos de España ofrecen el Grado en Enfermería y que, además, incluyan en su plan de estudios asignaturas relacionadas con el deterioro de la integridad cutánea o cuidados de la piel.

Metodología: Estudio observacional descriptivo y transversal. Revisión de los planes de estudio de Grado en Enfermería, publicados en el Boletín Oficial del Estado (BOE), de aquellos Centros Universitarios Públicos (Facultades y/o Escuelas Universitarias) incluidos en el listado QEDU del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades. Selección y clasificación de resultados según criterios de inclusión y factores asociados al descriptor "Deterioro de la Integridad Cutánea" del diagnóstico NANDA-I.

Resultados:

De 120 Centros Universitarios que imparten Grado en Enfermería, 92 eran públicos (76,7%). De éstos, 39 Facultades/Escuelas Universitarias (42,4%) presentaron en su Plan de Estudios 167 asignaturas con posibles contenidos en cuidados de la piel, y de ellas 65 (38,9%) estaban directamente relacionadas con nuestro objetivo, en su mayoría con patología dermatológica general, úlceras por presión, úlceras vasculares y quemaduras. Las asignaturas que incluían dichos contenidos fueron: Médico-Quirúrgica (75,4%), Geriátrica (13,9%), Técnicas y procedimientos (9,2%), otras optativas (1,5%). Por Universidades, las que más contenido docente relacionado impartían (primer cuartil) fueron: Granada, Jaén, Extremadura, Girona, La Rioja, Las Palmas de Gran Canaria y Murcia. Las 17 Comunidades Autónomas, contaron con alguna Universidad que imparte este tipo de contenidos, siendo Andalucía, Canarias, Extremadura y La Rioja, las que obtiene una mejor ratio (> 90%) por centros y número de asignaturas impartidas.

Conclusiones:

Este estudio nos ha permitido obtener una primera impresión del tipo de conocimiento que reciben los alumnos de pregrado de enfermería en materia dermatológica (alteraciones de la piel, úlceras y heridas) y qué materias troncales las incluyen. También nos ha permitido mapear (geolocalizar) dónde confluyen los centros/universidades que se implican en enseñar dichos contenidos. Actualmente, el equipo investigador está trabajando en un análisis más profundo de los datos y en una comparativa con centros privados para asociar inferencias.

NUEVAS ALTERNATIVAS: APLICACIÓN TÓPICA DE VITAMINA E + ZINC EN ÚLCERAS POR PRESIÓN

Contreras-Rivera V, Pérez-Calvo A, Murcia JA, Pereda-Hernández M.

Introducción:

La atención a personas con úlceras por presión forma parte habitual y frecuente de la práctica enfermera. Actualmente, son diversos los tratamientos que se emplean en este tipo de heridas crónicas. No obstante, el encarecimiento de los mismos junto con la ineffectividad de muchos de ellos, ha dado lugar a la búsqueda de nuevas alternativas. La vitamina E posee una considerable acción en la cicatrización de las heridas: es antioxidante, antiinflamatoria e inmunestimulante. Además, participa en la formación de glóbulos rojos y ayuda al organismo a utilizar la vitamina K. Asimismo, la administración tópica de zinc reduce la fase inicial de la hemorragia de una herida y promueve el crecimiento de la piel dañada.

Objetivos:

Conocer los efectos de la aplicación tópica de vitamina E + óxido de zinc sobre las úlceras por presión en pacientes geriátricos.

Metodología:

Se lleva a cabo un estudio clínico por parte de enfermería del Santo y Real Hospital de Caridad para valorar y determinar la efectividad de la vitamina E + óxido de zinc. El paciente seleccionado presenta una úlcera por presión en el trocánter izquierdo de la cadera. La cura, de frecuencia diaria, se realiza siguiendo el protocolo propuesto por parte de cirugía: limpieza de la herida con suero fisiológico en combinación con agua oxigenada o Betadine jabonoso, aplicación de Vea Spray de forma nebulizada seguida de una pequeña cantidad de Vea Olio dentro de la cavidad de la úlcera, aplicación de Vea Zinco a nivel perilesional y oclusión con un apósito de Linitul. Finalmente, se ocluye la herida con un apósito con el fin de disminuir la presión en la zona. Durante un periodo de cuatro meses, se compara la evolución de la úlcera mediante seguimiento fotográfico.

Resultados:

Se observa en las imágenes la disminución progresiva del tamaño de la úlcera, así como una aproximación de sus bordes. Se puede apreciar la ausencia de infección y la formación completa de cicatriz.

Conclusiones:

Las úlceras por presión siguen constituyendo un importante problema de salud pública que afecta principalmente a la población anciana. El tratamiento tópico con vitamina E y óxido de zinc ha demostrado una evolución de la úlcera completamente exitosa, por lo que se recomienda su aplicación en futuros casos.

**PACIENTE CON CONDILOMAS ACUMINADOS
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN DERMATOLOGÍA**

Hernández-Orta MP, Ibarra-Berdonces A, Pérez-Sola MA, Blasco-Zoco M, Pérez-Pelegay J, Lafuente-Urrez RF.

Introducción:

Las verrugas genitales o condilomas acuminados son la infección de transmisión sexual (ITS) más frecuente en hombres y mujeres, por lo que son un motivo habitual de consulta en dermatología, suelen ser asintomáticas o molestar en algunos casos pero, sobre todo, provocan sentimientos de ansiedad, vergüenza, culpa..., en los pacientes y parejas, dificultando a veces la consulta, afectando su sexualidad, sus relaciones y su calidad de vida. Inducidas por el virus del papiloma humano (VPH), la mayoría son benignas, pero algunos tipos son precursores de cáncer de cérvix o neoplasias intraepiteliales. Los tratamientos son molestos, irritantes y prolongados en el tiempo. Algunos se realizan en la consulta, otros los puede hacer el paciente en su domicilio. La atención del paciente con condilomas precisa de un equipo multidisciplinar. Enfermería colabora en su prevención, diagnóstico y tratamiento. Describimos el papel de enfermería en la atención de estos pacientes

Objetivos:

Ofrecer al paciente educación sanitaria para su prevención y detección precoz. Facilitar la consulta, la intimidad y la confidencialidad. Favorecer la adherencia al tratamiento y paliar los efectos adversos. Controlar la enfermedad y evitar complicaciones.

Material y Métodos:

1ª Consulta conjunta: (Dermatólogo + Enfermera): Exploración, Diagnóstico y Tratamiento: Descartar lesiones internas y otras ITS Seguimiento y Control en Consulta de Enfermería Dermatológica (CEDER): Valoración de necesidades. Plan de cuidados al paciente.

Resultados:

Integridad cutánea. Conocimiento de la enfermedad, de las medidas de prevención y los tratamientos. Conducta de cumplimiento: medicación prescrita y de fomento de la salud. Control del riesgo: enfermedades de transmisión sexual (ETS) y tumorales. Bienestar personal y calidad de vida. Gráfico de las consultas realizada a pacientes con ETS en la CEDER

Conclusiones:

La prevención de la infección genital por VPH es difícil, el 75% las personas sexualmente activas están infectadas y pueden transmitirla, aunque solo un 1% desarrollen lesiones. Los preservativos masculino y femenino solo protegen las zonas cubiertas. Los tratamientos son largos, molestos y no curan a infección. Intentan destruir las verrugas o eliminarlas activando la inmunidad del paciente. Las lesiones pueden reaparecer o inducir lesiones malignas. Enfermería tiene un papel importante en la atención de estos pacientes, así como en la prevención de ITS mediante la educación para la salud, promoviendo estilos de vida saludables y conductas sexuales que reduzcan el riesgo.

**PREVENCIÓN DE LAS LESIONES ASOCIADAS A LA
HUMEDAD, DERMATITIS DE PAÑAL, EN UNA UNIDAD
HOSPITALIZACIÓN DE ADULTOS EN EL ÁREA DE
MEDICINA INTERNA**

Jiménez-Alvado L, Martín-González P, De Paco-Gil A, Pérez-García MM.

Introducción:

En las unidades de hospitalización adulta, en el área de Medicina Interna del Hospital los Arcos del Mar Menor (HULAMM) tiene un perfil relevante el paciente dependiente y en concreto con problemas de incontinencia. Las dermatitis del pañal es el resultado de varios factores: como el exceso de humedad, los elementos químicos de las excretas y la irritación física de los absorbentes entre otros. Tras la publicación del 5º Estudio Nacional de Prevalencia de Lesiones crónicas relacionadas con la dependencia (LCRD) por el Grupo Nacional para el estudio y asesoramiento sobre úlceras por presión y heridas crónicas (GNEAUPP), en el que participaron entre otros unidades de ámbito hospitalario, pusieron en la mesa datos de ámbito nacional con el que quisimos contrastar como estaba nuestra Unidad de hospitalización y en concreto como estaba el abordaje de la prevención de las dermatitis de pañal en los pacientes incontinentes a los que tratábamos. De especial interés para el colectivo enfermero la prevención en las lesiones por humedad tan frecuente en el perfil de pacientes que tratamos.

Objetivos:

Disminuir la variabilidad en la prevención de las lesiones asociadas a la humedad en los pacientes incontinentes ingresados en la Unidad. Fomentar el registro de las lesiones asociadas a la humedad, dermatitis en la historia del paciente.

Método:

Se hizo una revisión de las últimas recomendaciones basadas en la evidencia sobre el abordaje de la incontinencia. Reuniones grupales multidisciplinarias para consenso y realización de protocolo.

Conclusiones:

Tras valorar la situación de caos de productos, de variabilidad en el abordaje, de diferentes actuaciones según turnos de trabajo y de nulo registro de las lesiones por humedad. Pusimos en práctica el protocolo con sesiones cortas durante la jornada, cartelería, adecuación de los materiales de incontinencia y creamos un campo en la historia clínica para las dermatitis asociadas a la incontinencia con la Escala Visual del Eritema (EVE). Con todo ello estamos haciendo evaluación tras la implantación de las medidas con una hoja de registro donde tras la implantación tenemos datos de un 64.7% de pacientes con incontinencia y con registro de escala EVE, de estos registrados tan solo 2 superan la puntuación 1 de escala EVE (eritema muy ligero). Con todo ello hemos conseguido iniciar el registro de las dermatitis asociadas a la incontinencia, aunque queda mucho que mejorar y adecuado a nuestro entorno.

LA PROTECCIÓN SOLAR EN LOS COLEGIOS: EVIDENCIA CIENTÍFICA Y REALIDAD

Navarro-Perán MA, Sánchez-Sauco MF, Ortega-García JA, Escamilla-Ruiz AA, Gálvez-Dólera L.

Introducción:

Las medidas de protección solar tienen como objetivo prevenir el daño que ocurre en la piel como resultado de su exposición a la radiación ultravioleta. Los niños y adolescentes por sus características anatómicas, fisiológicas y sociales son grupos de especial vulnerabilidad en los que deben extremarse estas medidas. De hecho, entre un 50%-80% del daño inducido por exposición solar que recibe un individuo durante toda la vida se realiza durante estos periodos.

Objetivo:

Describir las distintas medidas de protección solar que la evidencia relata como útiles para la protección de los niños en los colegios e institutos.

Metodología

Revisión bibliográfica, desarrollado durante los meses de julio y agosto de 2019, en el buscador Buscam, de la biblioteca de la Universidad Católica San Antonio de Murcia, con acceso a más de 200 bases de datos para consulta, utilizando las palabras clave: radiación solar, infancia, colegio, protección solar, con la obtención de 97 artículos, que tras una evaluación crítica de los mismos seleccionamos 10 artículos para esta investigación.

Resultados:

Los niños y/o adolescentes pasan muchas horas diarias en las escuelas e institutos. La evidencia estima en un 47% la exposición solar diaria que reciben los niños mientras se encuentran al aire libre en los colegios. Las medidas de protección son: a) Físicas: protección solar, uso de ropa que protejan de la radiación UV (gorra o gorro y ropa que proteja la mayor superficie del cuerpo), aprovechar las sombras, así como, buscar que las nuevas edificaciones incluyan más sombra en el patio, a ser posible de árboles. b) Educativas: Campaña comunitarias de promoción que incluyan a los profesionales del centro, alumnos y familias. c) Organizativas: Planificar las actividades de mayor intensidad física para las horas menos calurosas del día, programar las actividades de fuerte exposición solar en los días donde la radiación sea menos intensa. d) Enfermera escolar: La figura de la enfermera escolar puede ayudar a realizar tareas de prevención y promoción de la salud en este ámbito.

Conclusiones:

Instaurar hábitos saludables desde la infancia previene la incidencia de patologías agudas de la piel, así como otros efectos que acontecen de forma tardía. Además, mejora la percepción de riesgo de los individuos, ejerciendo de agentes de salud en la comunidad. Destacamos la necesaria implicación de la comunidad educativa (padres, PAS y alumnos) en el fomento y empleo de medidas protectoras en los niños y adolescentes.

REVISIÓN DEL PAPEL DE LA ENFERMERA EN LAS CONSULTAS DE DERMATOLOGÍA

Aparicio-Corchete P, Saizar-Pildain I, Merino-Etxeberia N, Mendizabal-San Martín C, Pons-Barrau A, Hernando-Uzkudun A.

Introducción y Objetivos:

El servicio de Dermatología consta para la asistencia de sus pacientes de cinco consultas médicas, una sala de fototerapia sistémica con dos cabinas, una sala para fototerapia tópica, una sala para Molemax, fotodinámica y ecografías, una sala para Cirugía menor (quirofanillo) y una Sala de Curas de enfermería, donde se aplican los tratamientos y se realizan los procedimientos y cuidados incluidos en la cartera de servicios. Los pacientes son atendidos por nueve médicos, tres enfermeras, una auxiliar de clínica y una administrativa. En 2015, se decide revisar el papel de la enfermera en las consultas, con el objetivo de dotarle de unas funciones más autónomas dentro del equipo y procurar una mayor eficiencia en la asistencia al paciente.

Metodología:

Descripción del funcionamiento del servicio y de los grandes grupos de pacientes. Se definieron tres grandes grupos de pacientes: paciente programado para intervención quirúrgica de cirugía menor; paciente con indicación de fototerapia sistémica y/o tópica y paciente procedente de la consulta médica al que se ha indicado algún procedimiento como terapia biológica, curas, biopsias, extracciones, infiltraciones, etc. Organización del trabajo por agendas de enfermería. Se crearon 3 agendas de enfermería, una para cada grupo de pacientes, que denominamos: Cirugía Menor, Fototerapia y Sala de Curas, haciendo a cada una de las enfermeras responsable de una agenda con una rotación cuatrimestral. Definición de perfiles profesionales. Se definieron los perfiles profesionales de enfermería, uno para cada grupo de pacientes y un perfil de auxiliar. Revisión de los procedimientos más frecuentes. Se determinaron las prestaciones de cada agenda y se protocolizaron algunos procedimientos. Definición de indicadores, análisis de resultados y definición de áreas de mejora.

Resultados:

Agenda de Enfermería	Nº pacientes ene-jun 2019	Nº pacientes ene-dic 2018	Nº pacientes ene-dic 2017	Nº pacientes ene-dic 2016
FOTOTERAPIA	3594	5099	4718	4808
CIRUGÍA MENOR	1121	2098	2253	1628
SALA DE CURAS	1102	1859	1860	1345
TOTAL	5817	9056	8831	7781

Conclusiones:

La actividad se ha ido incrementando de año en año, lo que demuestra que esta nueva forma del trabajo es más eficiente. La

organización del trabajo por agendas ha conseguido ordenar y agilizar la asistencia a los pacientes. Se han detectado áreas de mejora que se irán poniendo en marcha de forma progresiva, como son: la protocolización de todos los procedimientos de enfermería, la redefinición del contenido de la enfermera responsable de la agenda Sala de Curas y sus prestaciones, la inclusión de nuevas prestaciones como llamadas de confort tras la cirugía o para información de resultados.

REVISIÓN SISTEMÁTICA DE ENFERMERÍA DURANTE EL TRATAMIENTO CON FOTOTERAPIA

Manzanares-Buendía S, Miquel-Cara I, Faura-Mateu C, Galindo-Zapata E

Introducción:

La Fototerapia (FT) es una opción terapéutica dentro del tratamiento de distintas afecciones de la piel entre las que destacamos: Psoriasis, Dermatitis Atópica grave, Esclerodermia, Micosis Fungoide y otras dermatosis. La FT consiste en la aplicación de una determinada dosis de Julios por centímetro cuadrado de piel (J/cm^2) que se ajustan dependiendo de la patología y del fototipo de cada paciente. Se realizan 3 sesiones de FT a la semana en días alternos, con un total de 20 a 35 sesiones por ciclo, dependiendo de la evolución y patología a tratar. En nuestro Servicio contamos con una cabina de rayos UVA y UVB. Además, para las patologías que afectan a manos y pies disponemos del PUVA, en este caso aplicamos Psoraleno tópico y después de unos minutos de absorción se exponen a la luz ultravioleta.

Objetivo:

Describir las recomendaciones de enfermería recogidas en un protocolo de actuación consensuado con el equipo, para el tratamiento con FT.

Metodología:

Se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos (SciELO, MedLine, PubMed), limitando la búsqueda a artículos publicados entre 2010 y 2019 en español e inglés. Palabras clave: fototerapia, psoriasis, rayos UVA-UVB.

Resultados:

La FT es un tratamiento médico que precisa supervisión diaria por parte de la enfermera responsable del mismo. La continuidad (adherencia al tratamiento) durante las sesiones es muy importante para la eficacia y efectividad del mismo. No debe exponerse al sol durante el tratamiento con FT (para evitar la acumulación de rayos UVA). Utilizar siempre factor de protección solar para entrar en la cabina y para la vida diaria. Mantener la piel limpia e hidratada diariamente. Uso de gafas con filtro solar dentro de la cabina. Exponer dentro de la cabina las zonas de piel que están afectadas (resto cubiertas) y que siempre sea así para evitar la aparición de eritema solar. Contacto telefónico directo con la enfermera ante cualquier duda que surja durante la FT.

Conclusiones:

La correcta realización y cumplimiento de nuestro protocolo ha demostrado una mejoría notable en las distintas patologías dermatológicas de los pacientes que son tratados con FT en nuestro servicio. También es de gran ayuda para el diagnóstico precoz de un posible empeoramiento una vez iniciado el tratamiento. Este protocolo de revisión sistemática sobre nuestros pacientes en FT establece un mejor diálogo de consenso entre los profesionales y los usuarios.

TERAPIA FOTODINÁMICA: ABORDAJE DE ENFERMERÍA EN UN CASO CLÍNICO DE CARCINOMA BASOCELULAR

Miguel-Cara I, Manzanares-Buendía S, Galindo-Zapata E, Faura-Mateu C.

Introducción:

La Terapia Fotodinámica (TFD) consiste en la administración de un fotosensibilizante, que se acumula selectivamente en determinadas células o tejidos neoplásicos o hiperproliferativos, y al ser iluminados en presencia de oxígeno con una luz de adecuada longitud de onda producen especies reactivas del oxígeno que inducen a la fotooxidación de materiales biológicos y la destrucción celular o tisular. Es un tratamiento doloroso en el 95% de los casos. La TFD se utiliza principalmente para el tratamiento de cáncer de piel no melanoma: Queratosis Actínica, Carcinoma Basocelular y Enfermedad de Bowen. Utilizamos como fotosensibilizante el Aminolevulinato de Metilo e iluminación con lámpara LED de filtro rojo Akelite con dosis de $37 J/cm^2$. La TFD es un tratamiento médico que ejecuta enfermería mediante un sencillo protocolo de actuación: valoración del paciente y de la lesión a tratar. Curetaje previo a la aplicación del fotosensibilizante. Durante el periodo de penetración del fotosensibilizante, no realizará ninguna actividad que pueda alterar el mecanismo de acción del mismo. Infiltración de anestésico local. Protección ocular durante la iluminación con parches externos opacos o lentes intraoculares opacas. Refrescar con vaporizaciones de agua fría.

Presentación del caso clínico:

Mujer 62 años que consulta al dermatólogo por lesión cutánea en canto interno del ojo izquierdo de 10 años de evolución. En principio tratada con crioterapia sin éxito. Se realiza biopsia con resultado de carcinoma basocelular y programada para 4 sesiones de TFD con margen de 1 semana entre sesiones.

Evolución:

La paciente tolera bien el tratamiento. Su dermatólogo valora que el 90% de la lesión ha desaparecido clínicamente, restando una pápula basaloide de 4×2 mm en la zona más proximal. Se deciden 2 sesiones más con margen de 1 semana entre ambas. Tras la siguiente valoración dermatológica la mejoría clínica es total. Seguirá con valoraciones dermatológicas cada 6 meses.

Conclusiones:

Destacar la eficiencia de la TFD en lesiones cancerosas superficiales y no melanocíticas con diagnóstico precoz. Resaltar la importancia de enfermería en la adherencia al tratamiento que es doloroso y molesto en los días posteriores. En nuestro servicio, disponemos de un sencillo protocolo de curas para realizarlas de forma autónoma, y una línea telefónica para despejar dudas y verificar que los cuidados son los correctos.

TRATAMIENTO DE LA QUEILITIS ACTÍNICA CON TERAPIA FOTODINÁMICA

Del Valle-Murcia M, Montesinos-Villaescusa E.

Introducción

La terapia fotodinámica (TFD) es un tratamiento no invasivo en el que se emplea un fotosensibilizante y una fuente de luz. Las indicaciones terapéuticas aprobadas en ficha técnica son las queratosis actínicas, el carcinoma basocelular superficial y nodular, y la enfermedad de Bowen. Se han descrito buenos resultados terapéuticos de la TFD en otras lesiones cutáneas como la queilitis actínica.

Caso clínico:

Varón de 83 años que consulta por lesión en el labio inferior de años de evolución que fue refractaria a crioterapia. En la exploración física se observó una placa hiperqueratósica, no infiltrada al tacto y de disposición lineal en el bermellón del labio inferior. El diagnóstico fue de queilitis actínica y se inició tratamiento con TFD. Tras la primera sesión, la lesión se resolvió y la respuesta se mantuvo en los controles posteriores.

Discusión:

La queilitis actínica es una lesión queratinocítica premaligna que aparece en el labio inferior como consecuencia de la fotoexposición crónica. Los tratamientos descritos son múltiples, entre los que se encuentran la crioterapia, la electrocirugía, el imiquimod, la TFD y la cirugía. La respuesta terapéutica en la TFD se relaciona con la destrucción de las células premalignas tras la aplicación del fotosensibilizante y posterior irradiación. Existen dos tipos de TFD, la convencional y la luz de día. Explicamos el procedimiento de aplicación de cada una de las modalidades en nuestro centro hospitalario.

Conclusión

Presentamos un paciente con queilitis actínica tratado exitosamente con TFD. La TFD convencional es una alternativa terapéutica para el tratamiento de las lesiones queratinocíticas premalignas, como las queratosis actínicas y la queilitis actínica. Por último, explicamos el protocolo de aplicación del tratamiento en nuestro servicio.

TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN CON LA COMBINACIÓN DE VITAMINA E + ÓXIDO DE ZINC

Calero-Martínez M, Pérez-Calvo A, Murcia JA, Pereda-Hernández M.

Introducción:

Las úlceras por presión son unas heridas crónicas, es decir, un tipo de lesión que no sigue los tiempos normales de cicatrización, siendo la nutrición un aspecto fundamental para el abordaje de las heridas tanto en su prevención como tratamiento. La vitamina E constituye uno de los antioxidantes liposolubles más importantes, ya que posee la capacidad de neutralizar numerosos radicales libres de oxígeno, así como los hidroperóxidos. Se compone de derivados de tocoferoles y tocotrienoles, uno de esos tocoferoles, el α -tocoferol, tiene un poder protector de las membranas lipídicas celulares muy eficaz contra el envejecimiento cutáneo, además la vitamina E protege a la piel de las radiaciones UV, así como el tejido conectivo y sus propiedades biomecánicas. Por otro lado, tenemos el Zinc constituye un oligoelemento que se encuentra presente en la totalidad de las células, también es capaz de reducir la fase inicial de hemorragia de una herida en la piel.

Objetivo:

Conocer los efectos de la aplicación tópica de la Vitamina E + óxido de zinc sobre las úlceras por presión en pacientes geriátricos.

Métodos: Se describe un estudio clínico y control anatómico por Enfermería del Santo y Real de Caridad (Cartagena) sobre las úlceras por presión. Metodología: Limpieza de la herida con suero fisiológico combinándolo con agua oxigenada o Betadine jabonoso. Aplicación de Vea Spray de forma nebulizada y se deja 2 minutos. Aplicación de Vea Olio dentro de la cavidad de la úlcera por presión.

Aplicación de Vea Zinc por todo el perímetro de alrededor de la úlcera. Ocluir con un apósito de Linitul. Finalmente, ocluir la herida con un apósito que facilite la disminución de presión en la zona.

Resultados:

Ver imágenes en el póster.
Cicatrización y/o epitelización completa de la lesión.

Conclusiones:

Tras dos meses de tratamiento con la combinación de vitamina E + óxido de zinc, la úlcera por presión producida por una amputación ha tenido una evolución positiva sin ningún tipo de complicaciones secundarias. Dicho tratamiento se comenzó en junio y finalizó a mediados de agosto. Además, la amputación fue producida por un mal control de la diabetes mellitus tipo 2, lo cual se controló que el paciente tuviera una buena adherencia al tratamiento.

TRATAMIENTOS O INTERVENCIONES QUE MEJORAN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES DE DIFERENTE PREVALENCIA CON AFECTACIÓN CUTÁNEA: REVISIÓN EXPLORATORIA

Cuenca-Simón CM, Sanmartín-Jiménez O, Castellano-Rioja E.

Introducción:

Las enfermedades con afectación cutánea tienen un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes. La baja prevalencia de las patologías estudiadas, nos lleva a la necesidad de conocer nuevas terapias de abordaje de estas patologías.

Objetivo: Revisión exploratoria de la literatura científica de los últimos cinco años (2014-2019) sobre los tratamientos o intervenciones que mejoran la calidad de vida de los pacientes con enfermedades de diferente prevalencia con afectación cutánea.

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; escalas para medir la calidad de vida; tratamientos e intervenciones empleadas; las propias de la revisión.

Resultados: La muestra a estudio quedó formada por 14 ensayos clínicos: 8 de Lupus, 1 del síndrome de Sjögren, 3 de Esclerodermia y 2 de Hidradenitis supurativa. No se hallaron artículos para la patología de Albinismo en los que se hubiera realizado ensayos clínicos. La edad media osciló entre los 59,04 y 15 años con predominio del género femenino. La escala más empleada para medir la calidad de vida fue QOL SF-36. El programa de actividad física destacó como la intervención más estudiada, aunque solo un punto por encima del resto de tratamientos.

Conclusiones: Los tratamientos e intervenciones estudiadas, son efectivas y mejoran la calidad de vida de los pacientes con afectación cutánea. Debido a la escasa obtención de ensayos clínicos con calidad metodológica, es imprescindible que se promueva la investigación con el objetivo de obtener una mejora de la calidad de vida en estos pacientes.

USO DE VENDAJE COMPRESIVO MULTIFUNCIONAL EN UN FLEBOLINFEDEMA SECUNDARIO. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Romero-Rodríguez MC, Horcajada-Reales C, Aceves-Moreno L, Navarro-Santos V, Benítez-Rayego MG, Plaza-García E.

Introducción:

Se conoce como flebolinfedema a la asociación de una insuficiencia venosa crónica con una insuficiencia linfática crónica. El flebolinfedema primario está causado por una malformación congénita que afecta al sistema linfático y venoso. El flebolinfedema secundario, mucho más frecuente, comenzaría con una insuficiencia venosa crónica que evolucionaría sobrecargando al sistema linfático y deteriorándolo. Fisiológicamente, en la insuficiencia venosa se produce un aumento de la permeabilidad capilar y de salida de líquido al intersticio, produciendo una inflamación crónica del tejido y que el sistema linfático es incapaz de absorber y controlar eficientemente. Produciendo un edema que puede volverse crónico y provocar el deterioro del sistema linfático previamente sano. A propósito de un caso clínico, se pretenden revisar los hallazgos clínicos en la exploración de los pacientes con flebolinfedema secundario que facilitan su diagnóstico, y revisar las principales intervenciones que mejoran la fisiopatología y la clínica de estos pacientes.

Presentación del caso clínico:

Mujer de 93 años con antecedentes de hipertensión, obesidad, asmática y con artrosis, presenta lesiones de piel engrosada con pápulas sólidas sobreelevadas levemente eritematosas (linfangiectasias) predominando en cara interna y posterior de ambas piernas, de varios años de evolución. Además, presenta una úlcera en cara anterior del tercio inferior de la pierna izquierda desde hace 3 meses, de 35 mm de diámetro mayor. Tras el diagnóstico de flebolinfedema secundario y úlcera en dicho contexto, se inició tratamiento con vendaje compresivo multifuncional, curas en ambiente húmedo y medidas higiénico-dietéticas y posturales.

Evolución:

Instaurando las medidas mencionadas, la úlcera se cerró en 3 semanas y los cambios cutáneos mejoraron notablemente, observándose la piel más lisa, fina y con resolución del eritema. La paciente manifestaba gran alivio y mejoría sintomática, sin prurito y sin sensación de pesadez. Tras conseguir un volumen de los miembros estable, eliminar el edema y cerrar la úlcera, se recomendó a la paciente una prenda compresiva de tejido plano, aumentando así su calidad de vida y de movimiento.

Conclusiones:

La correcta identificación de los cambios cutáneos asociados al flebolinfedema y la comprensión de su mecanismo fisiopatológico, facilita el abordaje terapéutico de estos pacientes, que tiene a la compresión terapéutica como parte angular de las intervenciones. El manejo multidisciplinar por los equipos de Enfermería, Cirugía Vasculard, Rehabilitación y Dermatología, optimizan el abordaje de estos pacientes mejorando sus vidas.

VITAMINA E COMO TRATAMIENTO TÓPICO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

Alcaraz-Hernández N, Carrillo-García MD, Navarro-Morote S, Martínez-López E, De la Luz-Zapata MD, Murcia -Legaz JL.

Introducción:

Una úlcera por presión (UPP) es una lesión de origen isquémico localizada en la piel y tejidos subyacentes, con pérdida de sustancia cutánea, producida cuando se ejerce una presión prolongada o fricción entre dos planos duros y tiene, como consecuencia, una degeneración rápida de los tejidos. Según los últimos estudios sobre prevalencia, realizados desde el seno del Grupo Nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas (GNEAUPP), las UPP constituyen un gran problema a nivel nacional, representando un importante problema de salud pública por el elevado número de casos y su asociación con un incremento de la morbilidad y mortalidad. Existen factores asociados que contribuyen a la producción de UPP como, por ejemplo, factores fisiopatológicos, derivados del tratamiento, situacionales etc. La mayoría de ellas, un 95%, son evitables con la aplicación de unos cuidados de calidad.

Presentación del caso clínico:

Paciente varón, de 77 años. Antecedentes de interés: HTA, EPOC, Diabetes Mellitus tipo II tratada con antidiabéticos orales. Diagnosticado en 2014 de demencia tipo Alzheimer que evoluciona hasta inmovilización del paciente en enero de 2018. Dependencia absoluta para realizar cualquier actividad normal de la vida diaria. El paciente presenta buen cuidado de la piel. El 14/05/2019 se realiza visita en domicilio y se observa UPP en sacro de estadio II, con pérdida parcial del grosor de la piel, que afecta a la epidermis y dermis.

Evolución:

Se realizan visitas domiciliarias al paciente para cura de UPP de estadio II. Se comienza con ellas el 14/05 con apósito hidrocélular adhesivo especialmente diseñado para el sacro tras la limpieza de la misma. Tras no mejoría el 17/05 se utiliza Aquacel plata y se coloca apósito de espuma. Tras un mes y cuatro días y no mejoría del paciente, se procede a aplicar vitamina E y apósito de espuma desde el 21/06 hasta curación el 05/07.

Conclusiones:

Las UPP requieren de un plan básico de cuidados locales, el cual debe ir orientado a mejorar la resistencia de la piel, disminuir el efecto a la anoxia tisular y a la vez favorecer el tejido de epitelización. La vitamina E como tratamiento tópico se ha asociado con una mejoría y curación de las úlceras por presión.

Y TÚ, ¿LO SABES TODO SOBRE PIERCINGS Y TATUAJES?

Merino-Banciella N, Raja-Rodríguez E.

Introducción:

Los piercings son perforaciones en cualquier parte del cuerpo distinta del lóbulo de la oreja, en la que puedes insertar pendientes, aros u otros ornamentos. Los tatuajes son modificaciones de la piel, temporales o permanentes, que se inyectan en la dermis y que pueden tener distintas finalidades como cosméticas, decorativas, médicas etc. En la actualidad, ambos son tendencia entre la población joven; aunque éstas conllevan un gran riesgo para su piel y su salud, no les supone ningún impedimento para realizárselos. Tanto piercings como tatuajes pueden ser causantes de numerosas infecciones y enfermedades, algunas de ellas con una gravedad notoria en su piel, pudiendo llegar a provocar deformaciones, como por ejemplo un tumor.

Objetivo:

Valorar los conocimientos de una muestra de población sobre las infecciones y enfermedades que pueden causar piercings y tatuajes.

Metodología:

Realizamos una revisión bibliográfica de la literatura científica, entre 2010 y 2019, respecto a las infecciones y enfermedades producidas por piercings y tatuajes. Utilizamos una encuesta de Google con 21 ítems, en los que hemos preguntado a la población, en un periodo de 10 días, los conocimientos sobre las infecciones y enfermedades que pueden causar piercings y tatuajes.

Resultados:

Tras la obtención de 316 respuestas en la encuesta, hemos visto la falta de información que tiene la población acerca de los piercings y tatuajes; un 40% sabe que producen infecciones, y un 49,8% sabe que producen enfermedades. El 81,2% afirma que los piercings originan más infecciones y enfermedades que los tatuajes, mientras que un 49,8% considera que las enfermedades son causadas, en los dos casos, por igual. Y según la literatura revisada, el riesgo de sufrir un efecto adverso es mayor en los piercings que en los tatuajes.

Conclusión:

Tras exponer los resultados, hemos podido ver que la mayor parte de la población sabe que tanto piercings como tatuajes, pueden producir infecciones, pero no están tan seguros de que puedan originar enfermedades, especialmente los tatuajes. Con esto queremos concienciar a la población sobre los riesgos que conllevan y promover una mayor seguridad a la hora de decidir hacerse un piercing o tatuaje, estando informados de lo que pueden ocasionar.

HERIDA POSTQUIRÚRGICA DE DIFÍCIL CICATRIZACIÓN EN MIEMBRO INFERIOR

Palomar-Albert D, Zamora-Ortiz J, Ramírez- Beneyto P, Escudero-Martínez M, Díez-Fornes P.

Objetivos:

(Planteados para la resolución del caso): Exploración neurovascular. Eliminación tejido no viable. Descartar infección. Cicatrización por segunda intención.

Presentación del caso y evolución:

Se presenta el caso clínico de un varón de 51 años con HTA y DM tipo 1. En 2007 presenta fractura abierta de tibia y peroné en el miembro inferior izquierdo y se procede a la reconstrucción con injertos y colgajos autólogos múltiples. El 17 de enero de 2016 acude a la Unidad de Úlceras y Heridas del Hospital General Universitario de Valencia presentando una dehiscencia de colgajo en herida postraumática en el tercio distal del miembro inferior izquierdo presentando un lecho ulceral con características compatibles a biofilm bacteriano.

La metodología llevada a cabo fue en primer lugar realizar una exploración neurovascular que se encontraba dentro de los parámetros de normalidad y se realizó una toma de cultivo mediante frotis cuyo resultado fue positivo y se le pautó la respectiva ATB por el Servicio de Dermatología.

En segundo lugar se opta por realizar curas en ambiente húmedo (CAH) con la siguiente pauta: Limpieza con SF. Desbridamiento cor-tante del biofilm bacteriano. Fomento con polihexanida. Apósito primario de hidrocloide en malla. Apósito secundario hidrofibra de hidrocloide Ag. Vendaje semicompresivo. Se mantiene CAH con terapia compresiva durante 4 meses con una evolución favorable pero lenta y se decide combinarla con una terapia con sellos de piel autólogos, para ello los pasos fueron los siguientes: Preparación de la zona donante + infiltración local de anestésico. Exéresis del sello cutáneo de la zona donante. Implantación y sujeción del sello mediante tiras de aproximación. Se realiza la misma terapia hasta en 3 ocasiones y se decide alternar las curas con su centro de salud por comodidad del paciente hasta la cicatrización completa.

Conclusiones:

A modo de conclusión, el proceso de resolución de heridas de difícil cicatrización es el resultado de la interacción entre los factores propios de la herida/paciente, la estrategia terapéutica empleada y las habilidades y conocimientos de los profesionales. Es fundamental combinar las estrategias terapéuticas eficaces en el momento oportuno para reducir la complejidad de la herida y conseguir la cicatrización. La CAH favorece la aplicación de la terapia con sellos de piel autólogos, la cual se puede aplicar en varios episodios dentro de un mismo proceso de cicatrización.

NUEVAS EVIDENCIAS PARA EL TRATAMIENTO DE ÚLCERAS VENOSAS DE LA PIERNA Y PIE DIABÉTICO

NEW EVIDENCE FOR THE TREATMENT OF VENOUS LEG ULCERS AND DIABETIC FOOT

Fecha de recepción: 05/12/2019
Fecha de aceptación: 22/12/2019

Rumbo-Prieto JM. Nuevas evidencias para el tratamiento de úlceras venosas de la pierna y pie diabético. *Enferm Dermatol.* 2019;13(38):90-91. doi: 10.5281/zenodo.3590311

Sr. Director:

El National Institute for Health and Care Excellence (NICE), es una organización pública e independiente surgida en 1999, que tiene entre sus responsabilidades el brindar orientación y asesoramiento nacional para mejorar la atención social y de salud, al sistema nacional de salud británico (NHS). Es el encargado de la promoción de buenas prácticas en prevención y tratamiento, atención pública y social, asesoramiento sobre medicamentos y prescripción; así como, realizar evaluaciones tecnológicas, elaborar y evaluar guías, ser centro acreditador, divulgar e implementar guías de práctica clínica (GPC) y dar acceso a información clínica y no clínica basada en la evidencia de la más alta calidad^(1,2).

Lo más sobresaliente de la NICE son los informes y guías que realiza, pues tienen reconocimiento y prestigio a nivel internacional. Su sistema de evaluación y búsqueda de las evidencias es transparente y riguroso, con exposición pública de cada una de sus fases del proceso y discusión de las conclusiones a las que se llegan en el informe final de evaluación (a través de su plataforma web)⁽¹⁾; y lo más importante, con una absoluta independencia comercial y un mínimo conflicto de interés.

A modo de simple comparativa, las revisiones que realiza la NICE como referente mundial tienen un alto valor de convicción e influencia en políticas de salud de muchos países, incluso por encima de otra reconocida organización como es la Colaboración Cochrane. Es por ello, que lo que afirma la NICE en sus conclusiones suele ser sinónimo de la evidencia más excelente y actual.

En nuestra actividad diaria, los profesionales contamos para la prevención y tratamiento de las úlceras venosas de la pierna y pie diabético, con un amplio catálogo de apósitos de cura en ambiente húmeda, en la que no hay un claro favorito que destaque entre todos ellos, por la

falta de evidencia que sea concluyente (salvo excepciones con otros productos que no son apósitos). Por lo que se hace necesario, para tomar decisiones acertadas en el uso de los apósitos, el contar con una amplia experiencia clínica, tener acceso y disponibilidad al apósito elegido e información clínica actualizada (evidencia científica).

Es en este punto, la información sobre evidencia, es donde surgen las variabilidades. La fuente documental principal son artículos científicos primarios (ensayos clínicos, estudios de cohortes, casos y controles, estudios cuasi-experimentales y casos clínicos) y/o artículos secundarios (revisiones narrativas y sistemáticas), donde se suelen comparar las propiedades “ventajosas” de un apósito específico sobre los otros de la competencia. Es una limitación importante el no encontrar suficiente evidencia, sobre todo por la calidad de los estudios, que sirva para decidirse en referencia a que apósito utilizar como primera elección.

Las recomendaciones británicas sobre la temática nos pueden orientar que apósitos usar. La guía Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN) sobre el tratamiento de las úlceras venosas de las piernas recomienda el uso de apósitos no adherentes simples y terapia de compresión⁽³⁾. La NICE, referente a las úlceras venosas de las piernas, tiene publicado un resumen clínico donde recomienda el uso de apósitos de baja adherencia y, como apósitos alternativos a considerar cita el hidrocoloide para el dolor, el alginato para el exudado abundante y los hidrogeles para el desbridamiento⁽⁴⁾.

Así mismo, la guía NICE sobre la prevención y el manejo de los problemas de los pies en personas con diabetes⁽⁵⁾, establece como opción de tratamiento el apósito de menor coste, y establece que no hay evidencia suficiente para determinar si los apósitos avanzados (como hidrocoloides, alginatos, películas, espumas e hidrofibras) son más clínicamente efectivos que los apósitos

convencionales. También, indica que no hay evidencia sólida que respalde el uso de apósitos antimicrobianos (como plata, yodo o miel) sobre apósitos no medicados para tratar heridas crónicas en pie diabético.

En este artículo (carta al director), se quiere poner en valor el hecho de que, el apósito de nombre comercial Urgostart® (Urgo Medical), ha sido reconocido a principios de 2019 por la NICE, atribuyéndole evidencia concluyente para tratar úlceras venosas de las piernas y úlceras de pie diabético⁽⁶⁾. No es la primera vez que la NICE hace evaluación de apósitos o vendajes de compresión para determinar su evidencia en la prevención o tratamiento de diferentes úlceras o heridas crónicas; pero hasta la fecha, todas ellas habían concluido sin poder determinar dicha evidencia de forma definitiva.

Este hito de Urgostart, no hubiera sido posible sin el trabajo meticuloso de los profesionales que han llevado a cabo las investigaciones necesarias (y de calidad), para evidenciar los beneficios de dicho apósito, ahora reconocidas sus propiedades por un organismo independiente como es la NICE.

Urgostart es un tipo de apósito interactivo, de espuma microadherente que contiene una malla de poliéster de tejido abierto, impregnada con polímeros hidrocoloides, dentro de una vaselina (la llama tecnología lípido-coloide o TLC), que contiene factor de nano-oligosacáridos (NOSF) que inhibe la actividad de la proteasa, específicamente las metaloproteinasas de la matriz (vinculadas a una cicatrización más lenta de la herida), y cuya indicación es para tratar úlceras en las piernas y úlceras del pie diabético. Las conclusiones de la NICE se resumen en las siguientes recomendaciones:⁽⁶⁾

- Hay evidencia para usar los apósitos UrgoStart como primera opción para tratar las úlceras del pie diabético y úlceras venosas de la pierna (ambas sin infección), porque están asociadas con aumento de la cicatrización de heridas en comparación con apósitos no interactivos.
- Para las personas con úlceras no venosas en las piernas, no hay pruebas suficientes para apoyar dicha recomendación.
- Existe evidencia del uso de UrgoStart para tratar las úlceras del pie diabético, con un ahorro de costes de £ 342 (401,40€) por paciente/año. Los ahorros provienen principalmente de una mejor curación con los apósitos UrgoStart. Pero, no hay evidencia concluyente para afirmar que se ahorren más costos en las úlceras venosas de la pierna.

En definitiva, a falta de que esta evidencia se incluya en las actualizaciones de las GPC sobre úlceras venosas y pie diabético, y conozcamos el grado de recomendación clínica (que a la vista de las pruebas sería Moderada-Alta en la escala GRADE), la actual evidencia de los ensayos clínicos muestra que el uso de UrgoStart para tratar las úlceras del pie diabético y úlceras venosas de la pierna aumenta la cicatrización de heridas en comparación con los apósitos no interactivos. Los análisis de costes sugieren que usar UrgoStart como primera elección del tratamiento del manejo de las úlceras del pie diabético es coste-efectivo para el sistema de salud, al cabo de un año; mientras que para las úlceras venosas de las piernas lo aparenta (sin evidencia concluyente).

Desde estas líneas, quiero alentar a los profesionales a actualizar sus protocolos clínicos sobre el tratamiento de las úlceras ya comentadas, y animar a todos a los investigadores a desarrollar estudios de buena calidad metodológica para seguir avanzando en la consecución de evidencias.

Autor:  José María Rumbo-Prieto

Supervisor de Cuidados, Investigación e Innovación.
Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

Contacto: jmrumbo@gmail.com

BIBLIOGRAFÍA:

1. National Institute for Health and Care Excellence: nice.org.uk [Website]. London (UK): NICE; 2019.
2. Abellán JM, Del Llano J, Plaza F. Cuarta Garantía: ¿es aplicable el sistema del NICE en España? Madrid: Ergón; 2012. p. 9-11
3. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of chronic venous leg ulcers. A national clinical guideline. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2010. p.10.
4. NICE. Leg ulcer-venous. Clinical knowledge summaries (CKS) [Online]. London: NICE; 2019.
5. NICE. Diabetic Foot Problems: Prevention and Management. Revised 2015. [Online] London (UK): NICE; 2015.
6. NICE. UrgoStart for treating diabetic foot ulcers and leg ulcers (MTG42). [Online] London (UK): NICE; 2019.