

- *Pandemia sanitaria y nueva normalidad.*
- *Prevención de lesiones cutáneas tras el uso de equipos de protección individual frente a infecciones.*
- *Eficacia frente a la carga bacteriana y efectos secundarios de los antisépticos y antibióticos en personas con heridas crónicas.*
- *Utilización de sistemas bicapa de compresión graduada para úlceras venosas de la extremidad inferior en atención primaria de salud.*
- *Úlcera hipertensiva de Martorell. Revisión bibliográfica.*
- *Calidad de vida de pacientes con heridas crónicas en Atención Primaria.*
- *Cuidados paliativos de úlcera atípica en pierna por linfoma de células T.*
- *Aplicaciones más populares para organizar reuniones y sesiones grupales.*
- *Repensando un nuevo modelo de atención sanitaria: la consulta invertida como enfoque para el empoderamiento del paciente activo.*
- *Úlcera venosa. Un abordaje holístico.*

Edita:  **ANEDIDIC**
ASOCIACIÓN NACIONAL ENFERMERÍA DERMATOLÓGICA

n ú m e r o

41

año 14. septiembre-diciembre 2020



Dialnet

latindex
catálogo



medes
medicina en español

ISSN: 2386-4818



PANDEMIA SANITARIA Y NUEVA NORMALIDAD

HEALTH PANDEMIC AND NEW NORMALITY

Autor:  Marta Palomar-Albert ⁽¹⁾,  Federico Palomar-Llatas ⁽²⁾ (*)

(1) Periodista. Redactora Jefe de la Revista Enfermería Dermatológica.

(2) PhD, MSc, RN. Director de la Revista Enfermería Dermatológica.

Contacto (*): federicop43@gmail.comFecha de recepción: 06/11/2020
Fecha de aceptación: 10/12/2020Palomar-Albert M, Palomar-Llatas F. Pandemia sanitaria y nueva normalidad. *Enferm Dermatol.* 2020;14(41): e01-e01. DOI: 10.5281/zenodo.4411962

EDITORIAL:

“COVID-19”, “coronavirus”, “SARS-Cov-2”, “aplanar la curva”, “pandemia”, “paciente cero”, “asintomáticos”, “estado de alarma”, “cuarentena”, “PCR”, “test rápido”, “gel hidroalcohólico”..., palabras que hasta hace unos meses no eran conocidas por la gran mayoría de la sociedad y que, desde luego, ahora son parte de nuestro día a día, ósea, de la “nueva normalidad”.

Desde el inicio de esta pandemia el mundo entero ha cambiado, prácticamente nada sigue igual. La expansión de este virus no solo ha generado grandes consecuencias sanitarias, sociales y económicas mundiales, sino que también ha tenido consecuencias políticas, educativas e, incluso, psicológicas para muchos ciudadanos.

En el campo sanitario, la COVID-19 ha puesto en evidencia las profundas carencias y problemas estructurales acumulados en la sanidad pública española, especialmente por los continuos recortes sufridos en el Sistema Nacional de Salud (SNS) durante años, la precarización de los salarios y los contratos del personal sanitario, ahora convertidos en héroes anónimos.

Desde la primavera de 2020 los profesionales sanitarios se enfrentan con valentía a una gran cantidad de enfermos contagiados por un virus que hasta entonces era un completo desconocido, a falta de material (desde mascarillas y equipos de protección individual hasta respiradores artificiales), a horas interminables de trabajo, a situaciones de cansancio y miedo, a sentimientos de desprotección, soledad y abandono, a la descoordinación y falta de previsión por parte de las autoridades sanitarias y políticas.

Ya inmersos en la segunda ola en España (con unos de los peores datos de contagios y mortandad de la UE), es ahora la atención primaria la que parece estar saturada. Esta vez las consecuencias en la salud pública podrían ser incluso peores, sobre todo porque los profesionales sanitarios están exhaustos, los recursos de los hospitales y centros de atención primaria están al límite, y la ciudadanía en general empieza a mostrar hastío e, incluso, irresponsabilidad en algunos momentos ante las continuas y crecientes restricciones en su vida.

El SNS cuenta con 13 mil centros de atención primaria, 10 mil consultorios, 2 mil puntos de atención de urgencia extrahospitalaria, 466 hospitales, 112 mil camas, 18 mil puestos de hospital de día, 281 centros, servicios y unidades de referencia y 44 hospitales autorizados con unidad de trasplantes. Todo ello es atendido por un ejército de profesionales sanitarios integrado por 147 mil médicos, 182 mil enfermeros y 317 mil empleados de atención primaria (Técnicos sanitarios, auxiliares administrativos, celadores, etc.). Es decir, más de 650 mil trabajadores de salud, a los que habría que sumar los de áreas administrativas, de limpieza y de seguridad. En una pandemia así, ni el sistema sanitario mejor dotado puede hacer frente a la gran avalancha de contagios. Es muy importante la planificación, la preparación y el despliegue rápido de todos los medios de la salud pública; la protección de los profesionales sanitarios; la detección temprana mediante pruebas y el aislamiento eficaz de grupos vulnerables como las residencias de ancianos.

El futuro ante el coronavirus sigue siendo incierto a la espera de vacunarnos y adquirir la inmunidad, una vacuna que ponga fin a esta pandemia y crisis mundial. Mientras no olvidemos: MASCARILLA, DISTANCIA SOCIAL Y LAVADO DE MANOS.
¡Seamos responsables!

EFICACIA FRENTE A LA CARGA BACTERIANA Y EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS ANTISÉPTICOS Y ANTIBIÓTICOS EN PERSONAS CON HERIDAS CRÓNICAS

EFFICACY AGAINST BACTERIAL LOAD AND SIDE EFFECTS OF ANTISEPTICS AND ANTIBIOTICS IN PEOPLE WITH CHRONIC WOUNDS

Autores:  Daniel Ruiz-Prieto ^(*)(1),  Francisco Pedro García-Fernández ⁽²⁾.

(1) Graduado en Enfermería. Máster en Dependencia e Igualdad en la Autonomía Personal. Universidad de Jaén, España.

(2) Doctor por la Universidad de Jaén. Profesor del Departamento de Enfermería. Vicedecano de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Jaén, España. Miembro del Comité Director del GNEAUPP.

Contacto (*): danielruizprieto@hotmail.com

Fecha de recepción: 21/10/2020
Fecha de aceptación: 19/11/2020

Ruiz-Prieto D, García-Fernández FP. Eficacia frente a la carga bacteriana y efectos secundarios de los antisépticos y antibióticos en personas con heridas crónicas. *Enferm Dermatol.* 2020; 14(41): e01-e12. DOI: 10.5281/zenodo.4563189

RESUMEN:

Objetivo: Analizar la eficacia y los efectos secundarios de diferentes apósitos antisépticos y antibióticos locales tópicos en heridas crónicas infectadas o con signos de colonización crítica.

Metodología: Revisión exploratoria a través de varias bases de datos (PubMed, CINAHL, Scopus, Cuiden, Cochrane y LILACS). Se incluyeron diferentes tipos de estudios originales y revisiones sobre el manejo de la carga bacteriana o de los signos de infección y/o los efectos secundarios que producen. Fueron excluidos estudios sobre quemaduras, literatura gris, casos clínicos y series de casos.

Resultados: Han sido incluidos 21 artículos, de los cuales 17 son estudios originales y 4 son revisiones. Se obtuvieron 20 artículos sobre apósitos antisépticos y 3 sobre antibióticos locales tópicos utilizados en heridas crónicas infectadas o con signos de colonización crítica, obteniéndose datos sobre sus efectos en el manejo de la carga bacteriana o de los signos de infección y/o los efectos secundarios que producen. Todos los productos hallados tienen buenos resultados, aunque el más utilizado y eficaz en heridas crónicas fue la plata.

Conclusiones: La plata es el producto más eficaz en el manejo de la carga bacteriana o de los signos de infección. Sin embargo, es el producto que más efectos secundarios produce, siendo los más frecuentes el eczema, el dolor, la maceración, el eritema y el ardor. El cloruro de diaquilcarbamil puede ser una alternativa válida de tratamiento antimicrobiano, ya que obtiene excelentes resultados y no produce efectos secundarios.

Palabras clave: Apósitos, antisépticos, antibióticos, heridas crónicas.

ABSTRACT:

Objective: To analyze the efficacy and side effects of different antiseptic dressings and topical local antibiotics in chronic infected wounds or wounds with signs of critical colonization.

Methodology: Exploratory review through several databases (PubMed, CINAHL, Scopus, Cuiden, Cochrane and LILACS). Different types of original studies and reviews on the management of bacterial load or signs of infection and/or the side effects they produce were included. Studies on burns, gray literature, clinical cases and case series were excluded.

Results: 21 articles were included, of which 17 were original studies and 4 were reviews. 20 articles were obtained on antiseptic dressings and 3 on topical local antibiotics used in chronic infected wounds or wounds with signs of critical colonization, obtaining data on their effects on the management of bacterial load or signs of infection and/or the side effects they produce. All the products found have good results, although the most used and effective in chronic wounds was silver.

Conclusions: Silver is the most effective product in the management of bacterial load or signs of infection. However, it is the product that produces the most side effects, being the most frequent eczema, pain, maceration, erythema and burning. Diacylcarbamil chloride can be a valid alternative for antimicrobial treatment, since it obtains excellent results and does not produce side effects.

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

Keywords: Dressings, antiseptics, antibiotics, chronic wounds.

INTRODUCCIÓN:

Las heridas crónicas son lesiones que se producen en la piel y que no finalizan el proceso de cicatrización en un periodo inferior a 6 semanas⁽¹⁾, alargándose principalmente la fase inflamatoria⁽²⁾ y cicatrizando por segunda intención⁽¹⁾. En algunas ocasiones se produce un incremento de exudado, una agudización del dolor, mal olor y/o coloración⁽³⁾. Existen diferentes tipos de heridas crónicas como son las úlceras por presión (UPP) y/o cizalla, las lesiones por roce o fricción, las lesiones cutáneas asociadas a la humedad, las úlceras venosas, arteriales y neuropáticas, entre otras⁽²⁾.

La carga bacteriana se define como la cantidad de gérmenes por gramo de tejido lesionado, considerándose alta cuando supera las 10^5 unidades formadoras de colonias por gramo de tejido⁽⁴⁾. Este proceso cuenta con varias fases: contaminación, en ella la herida tiene microorganismos sin capacidad de multiplicarse; colonización, en esta fase los microorganismos si tienen capacidad para multiplicarse, aunque no producen signos de infección; colonización crítica, en ella, la carga de bacterias es alta y los microorganismos son capaces de multiplicarse pudiendo entorpecer la cicatrización^(4,5), aunque aún no hay presencia de signos de infección⁽⁴⁾. Por último, se encuentra la fase de infección en la que la carga de bacterias es mayor de 10^5 unidades formadoras de colonias por gramo de tejido^(4,5), produciéndose signos propios como son el dolor, el olor fétido y el aumento de exudado con posible presencia de pus⁽⁴⁾.

Las bacterias pueden encontrarse libremente o de manera organizada, dando lugar en este último caso al biofilm, que se define como una comunidad de bacterias unidas y con una gran cohesión debido a una matriz extracelular, dificultando así la acción de los tratamientos locales y retrasando el proceso de cicatrización de la herida⁽⁵⁾.

Es importante diferenciar entre infección local, que es aquella en la que están presentes en la lesión los signos mencionados anteriormente: dolor, olor fétido y aumento de exudado con posible presencia de pus y la infección sistémica, que es aquella en la que se produce daño del tejido con signos de infección y reacciones en el paciente, como la fiebre o el malestar generalizado⁽⁶⁾.

Para el correcto manejo de la carga bacteriana es fundamental distinguir el concepto de antibiótico y

antiséptico. Un antibiótico es una sustancia con capacidad selectiva^(7,8), ya que puede destruir bacterias (bactericida) o inhibir su desarrollo (bacteriostático)⁽⁷⁾, mientras que un antiséptico no tiene capacidad de selección de los microorganismos sobre los que actúa⁽⁸⁾. Son varios los tipos de apósitos antisépticos que podemos encontrar en el mercado, entre los que se incluyen: la plata, el cadexómero yodado (CI), la polihexanida de biguanida (PHMB), la miel^(7,9,10) y el cloruro de diaquilcarbamilo (DACC)^(9,10).

Por su parte, los antibióticos locales tópicos más utilizados son: la sulfadiazina de plata o argéntica (SAg)^(7,10,11), el ácido fusídico⁽⁷⁾, la mupirocina^(7,10) y la nitrofurazona⁽¹¹⁾.

Las heridas crónicas son un problema que afecta a un número elevado de personas y en las que el correcto manejo de la carga bacteriana es fundamental para prevenir infecciones y complicaciones como la celulitis, la osteítis, la osteomielitis o la sepsis⁽⁴⁾. En un estudio llevado a cabo en centros de Atención Primaria de Lleida, se estimó que la prevalencia de heridas crónicas con presencia de *Staphylococcus aureus* resistentes a la meticilina era de un 3,77%⁽¹²⁾.

Por todo ello, fueron planteados los siguientes objetivos:

- Comparar el efecto de diferentes apósitos antisépticos y antibióticos locales tópicos en el manejo de la carga bacteriana o de los signos de infección de heridas crónicas.
- Analizar los efectos secundarios que producen los apósitos antisépticos y antibióticos locales tópicos.

METODOLOGÍA:

Tipo de estudio

Se ha realizado una revisión exploratoria de la literatura científica sobre los diferentes apósitos antisépticos y antibióticos locales tópicos usados en el manejo de la carga bacteriana o de los signos de infección y los efectos secundarios que producen dichos productos en personas con heridas crónicas infectadas o con signos de colonización crítica.

Bases de datos consultadas.

En la **tabla 1** se muestran las bases de datos que han sido consultadas, sus cadenas de búsqueda y el periodo de análisis de la literatura.

Base de datos	Cadena de búsqueda	Periodo de búsqueda
PubMed	(anti-infective dressing OR local antibacterial agents) AND chronic wound	1962-2019 + humans
CINAHL	(antimicrobial dressing OR local anti-bacterial agents) AND chronic wound	1982-2019 + humans
Scopus	(anti-infective dressing OR local anti-bacterial agents) AND chronic wound	1996-2019
Cuiden	(antisépticos OR antibacterianos) AND heridas crónicas	1978-2019
Cochrane	(anti-infective dressing OR local antibacterial agents) AND chronic wound	1993-2019
LILACS	(apósitos antisépticos OR antibacterianos) AND heridas crónicas	1982-2019 + humanos

Tabla 1: Bases de datos consultadas. Fuente: elaboración propia.

Criterios de búsqueda

Para la elaboración de esta revisión, la búsqueda de la documentación se inició en noviembre de 2018 y finalizó en enero de 2019, utilizándose varias palabras clave, como son: apósitos, antisépticos, antibióticos y heridas crónicas y sus equivalentes en inglés.

Criterios de inclusión y exclusión de los artículos

Inclusión:

- **C1:** Tipos de estudios: revisiones sistemáticas o bibliográficas y artículos originales (ensayos clínicos, estudios retrospectivos y prospectivos, etc.)
- **C2:** Artículos que relacionen el uso de apósitos antisépticos y/o antibióticos locales tópicos con el manejo de la carga bacteriana o de los signos de infección, o bien, con los efectos secundarios que producen en heridas crónicas infectadas o con signos de colonización crítica en pacientes de cualquier sexo o edad.
- **C3:** Artículos en español, portugués, inglés y francés.
- **C4:** Artículos realizados en seres humanos.

Exclusión:

- **Ci:** Cartas al director, artículos de opinión, editoriales y otra literatura gris.
- **Cii:** Estudios sobre el manejo de la carga bacteriana en quemaduras.

- **Ciii:** Estudios sobre casos clínicos o series de casos.

Análisis de la calidad metodológica

Se ha realizado una evaluación de la calidad metodológica de los estudios que se incluyeron en la muestra final mediante la versión castellana de la herramienta Critical Appraisal Skills Programme (CASPe), utilizándose diferentes plantillas según el tipo de estudio. Dicha evaluación de la calidad metodológica ha sido realizada por ambos investigadores, aumentando así el rigor metodológico de esta revisión.

Se han utilizado las plantillas de ensayos clínicos⁽¹³⁾, de revisiones⁽¹⁴⁾ y de estudios de cohortes⁽¹⁵⁾, siendo incluidos en esta revisión aquellos artículos que han obtenido una puntuación mayor o igual a 5 puntos, de un total de 11 preguntas para los ensayos clínicos y los estudios de cohortes y mayor o igual a 5 puntos sobre un total de 10 preguntas para las revisiones.

Para los estudios descriptivos prospectivos se ha utilizado la plantilla de cohortes⁽¹⁵⁾ adaptada con un total de 8 preguntas, incluyéndose aquellos que han obtenido una puntuación igual o superior a 4 puntos. Las puntuaciones de cada artículo se pueden consultar en la **tabla 2**.

Estudio	Puntuación CASPe
Zölb C, et al. 2016 ⁽¹⁶⁾	4/11
Karlsmark T, et al. 2003 ⁽¹⁷⁾	6/11
Meaume S, et al. 2005 ⁽¹⁸⁾	6/11
Münter KC, et al. 2006 ⁽¹⁹⁾	7/11
Kammerlander G, et al. 2008 ⁽²⁰⁾	5/8
Trial C, et al. 2010 ⁽²¹⁾	8/11
Miller CN, et al. 2010 ⁽²²⁾	8/11
Rueda López J, et al. 2010 ⁽²³⁾	4/8
Sibbald RG, et al. 2011 ⁽²⁴⁾	8/11
Lenselink E, et al. 2011 ⁽²⁵⁾	6/11
Manizate F, et al. 2012 ⁽²⁶⁾	6/11
Woo KY, et al. 2012 ⁽²⁷⁾	7/11
O'Meara S, et al. 2014 ⁽²⁸⁾	9/10
Forlee M, et al. 2014 ⁽²⁹⁾	5/8
Mosti G, et al. 2015 ⁽³⁰⁾	8/11
Krasowski G, et al. 2015 ⁽³¹⁾	7/11
Palumbo FP, et al. 2016 ⁽³²⁾	6/11
Harding KG, et al. 2016 ⁽³³⁾	6/11
Akhmetova A, et al. 2016 ⁽³⁴⁾	8/10
Diaz R, et al. 2017 ⁽³⁵⁾	6/11
Totty JP, et al. 2017 ⁽³⁶⁾	6/10
Sibbald RG, et al. 2017 ⁽³⁷⁾	8/10

Tabla 2: Puntuaciones de los artículos. Fuente: elaboración propia.

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

Datos a considerar en el estudio

Los datos que han sido de utilidad de los artículos analizados han sido: autor, año, título, país, tipo de estudio, objetivo, producto utilizado, resultados generales medidos (manejo de la carga bacteriana o de los signos de infección y efectos secundarios), muestra, tipo de herida y resultados en los pacientes.

Método de agregación de datos

Se ha realizado una agregación narrativa, debido a que con los datos obtenidos no es posible realizar una agregación matemática.

RESULTADOS:

Resultados de la búsqueda

Los resultados de la búsqueda son detallados en la figura 1.

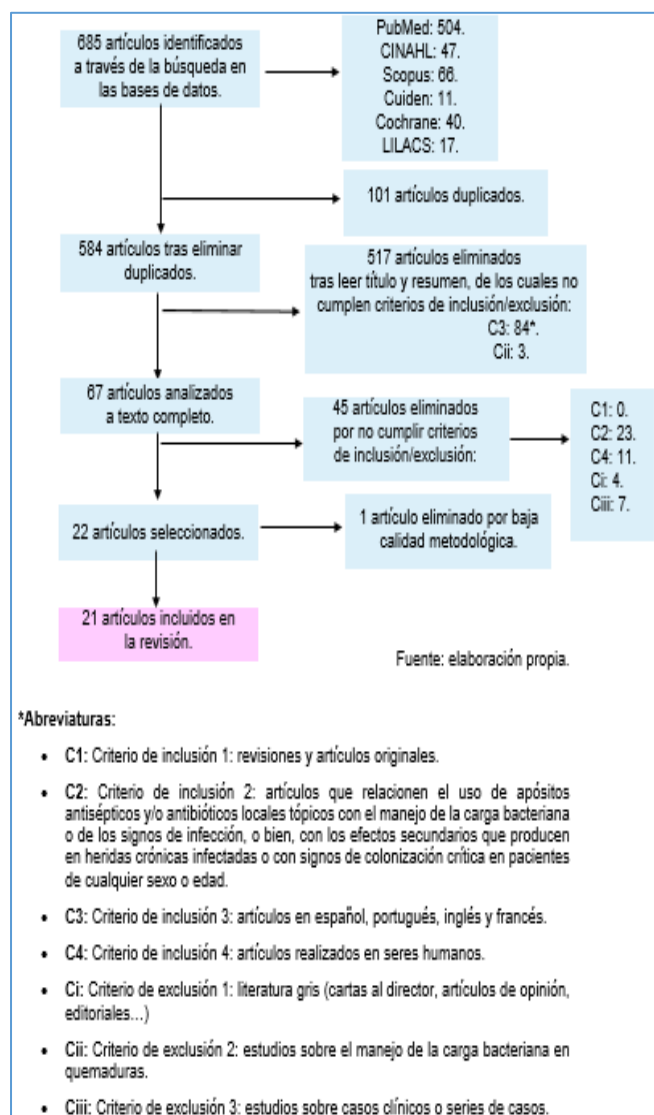


Figura 1: Diagrama de flujo de los estudios hallados tras la revisión.

De los 685 artículos que se han identificado tras la realización de la búsqueda, 101 han sido eliminados al estar duplicados entre las diferentes bases de datos. De los artículos restantes, 517 han sido eliminados tras leer título y resumen, de los cuales 84 son en otro idioma: 57 en alemán, 2 en checo, 3 en chino, 4 en croata, 1 en holandés, 3 en italiano, 2 en japonés, 1 en rumano, 8 en ruso y 3 en ucraniano. Otros 3 estudios han sido eliminados por referirse exclusivamente a quemaduras. De los artículos que se han analizado a texto completo, 45 han sido eliminados al no cumplir los criterios de inclusión/exclusión: 23 por no relacionar el uso de apósitos antisépticos o antibióticos locales tópicos con el manejo de la carga bacteriana o de los signos de infección y/o los efectos secundarios que producen en heridas crónicas infectadas o con signos de colonización crítica en pacientes de cualquier sexo o edad, 11 por ser estudios que no han sido realizados en seres humanos, otros 4 por tratarse de literatura gris y 7 por ser casos clínicos o series de casos, los cuales tienen baja evidencia clínica.

El artículo de Zölb C, et al.⁽¹⁶⁾ ha sido eliminado por tener una baja calidad metodológica, ya que obtuvo una puntuación de 4/11 al evaluarlo con la herramienta CASPe⁽¹⁵⁾.

Finalmente se han incluido en esta revisión 21 artículos, recolectando datos sobre el uso de apósitos antisépticos o antibióticos locales tópicos y sus efectos sobre el manejo de la carga bacteriana o de los signos de infección (dolor, mal olor o altos niveles de exudado) y/o los efectos secundarios propios de los tratamientos a los que se han sometido los pacientes.

Resultados generales de los estudios.

En la tabla 3 se muestran las características generales de los estudios incluidos en la revisión.

Los artículos datan desde 2003⁽¹⁷⁾ a 2017⁽³⁵⁾⁽³⁶⁾⁽³⁷⁾. Sin embargo, 18 de ellos, la mayoría, comprenden la década de 2008 a 2017. Los países entre los que se han realizado los estudios son muy variados, incluyendo los cinco continentes. En Europa se realizaron 13, concentrando la mayor parte, distribuyéndose de la siguiente forma: Dinamarca⁽¹⁷⁾⁽¹⁹⁾, Francia⁽¹⁸⁾⁽²¹⁾, Suiza⁽²⁰⁾, España⁽²³⁾, Países Bajos⁽²⁵⁾, Reino Unido⁽²⁸⁾⁽³³⁾⁽³⁶⁾, Italia⁽³⁰⁾⁽³²⁾ y Polonia⁽³¹⁾. En América se han realizado 5 estudios: Canadá⁽²⁴⁾⁽²⁷⁾⁽³⁷⁾, Estados Unidos⁽²⁶⁾ y Guatemala⁽³⁵⁾. En Oceanía se ha realizado 1 estudio, concretamente en Australia⁽²²⁾. Por último, 1 estudio ha sido realizado en África, concretamente en Sudáfrica⁽²⁹⁾ y otro en Asia, en el país de Kazajistán⁽³⁴⁾.

Autor/ año	Título	Muestra/ tipo de herida	Tipo de estudio	Objetivo	Producto	Resultados
Karlsmark T, et al. 2003 ⁽¹⁷⁾	Clinical performance of a new silver dressing, Contreet Foam, for chronic exuding venous leg ulcers.	23 pacientes con úlceras venosas.	Ensayo no controlado abierto.	Evaluar la eficacia y seguridad de apósitos de plata en úlceras venosas.	Plata.	Signos de infección. Efectos secundarios.
Meaume S, et al. 2005 ⁽¹⁸⁾	Evaluation of a silver-releasing hydroalginate dressing in chronic wounds with signs of local infection.	80 pacientes con UPP o venosas.	Ensayo comparativo, aleatorizado, abierto, multicéntrico	Evaluar la eficacia de apósitos de hidroalginato de plata en heridas crónicas.	Plata.	Manejo de la carga bacteriana. Efectos secundarios.
Münter KC, et al. 2006 ⁽¹⁹⁾	Effect of a sustained silver-releasing dressing on ulcers with delayed healing: the CONTOP study.	619 pacientes con UPP, de piernas, pie diabético y otras.	Ensayo comparativo, aleatorizado, prospectivo, abierto.	Evaluar la eficacia de los apósitos de plata frente a las mejores prácticas locales en heridas crónicas.	Plata.	Signos de infección.
Kammerlander G, et al. 2008 ⁽²⁰⁾	An investigation of Cutimed Sorbact® as an antimicrobial alternative in wound management.	116 pacientes con UPP, venosas, arteriales, mixtas y otras.	Estudio multicéntrico	Evaluar la eficacia de apósitos DACC en el tratamiento de heridas crónicas.	DACC.	Manejo de la carga bacteriana. Signos de infección.
Trial C, et al. 2010 ⁽²¹⁾	Assessment of the antimicrobial effectiveness of a new silver alginate wound dressing: a RCT.	40 pacientes con UPP, venosas, mixtas, pie diabético y otras	Ensayo controlado, aleatorizado, prospectivo, abierto.	Comparar la eficacia y tolerabilidad de apósitos de alginato con plata y sin plata en heridas.	Plata.	Manejo de la carga bacteriana. Signos de infección. Efectos secundarios.
Miller CN, et al. 2010 ⁽²²⁾	A randomized-controlled trial comparing cadexomer iodine and nanocrystalline silver on the healing of leg ulcers.	266 pacientes con heridas crónicas en miembros inferiores.	Ensayo controlado, aleatorizado, abierto.	Evaluar y comparar la eficacia de apósitos de CI y de plata en úlceras con alta carga bacteriana.	CI. Plata.	Efectos secundarios.
Rueda López J, et al. 2010 ⁽²³⁾	Apósitos impregnados en agente antibacteriano.	134 pacientes con UPP, venosas, arteriales y neuropáticas.	Estudio observacional, abierto, prospectivo, multicéntrico	Evaluar la eficacia de apósitos de plata en heridas crónicas.	Plata.	Signos de infección.
Sibbald RG, et al. 2011 ⁽²⁴⁾	Reduction of bacterial burden and pain in chronic wounds using a new polyhexamethylene biguanide antimicrobial foam dressing- Clinical Trial Results.	40 pacientes con pie diabético o úlceras de pierna.	Ensayo controlado, aleatorizado, prospectivo, doble ciego, multicéntrico	Evaluar la eficacia de apósitos de espuma y PHMB frente a apósitos de espuma no antimicrobianos en heridas crónicas.	PHMB.	Manejo de la carga bacteriana. Signos de infección. Efectos secundarios.

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

Autor/ año	Título	Muestra/ tipo de herida	Tipo de estudio	Objetivo	Producto	Resultados
Lenselink E, et al. 2011 ⁽²⁵⁾	A cohort study on the efficacy of a polyhexanide containing bio cellulose dressing in the treatment of biofilms in wounds.	16 pacientes con úlceras venosas, arteriales y otras.	Estudio de cohortes.	Evaluar la eficacia de apósitos de biocelulosa y PHMB en heridas que no cicatrizan.	PHMB.	Manejo de la carga bacteriana. Signos de infección. Efectos secundarios.
Manizate F, et al. 2012 ⁽²⁶⁾	A prospective, single-center, nonblinded, comparative, postmarket clinical evaluation of a bovine-derived collagen with ionic silver dressing versus a carboxymethyl-cellulose and ionic silver dressing for the reduction of bioburden in variable-etiology, bilateral lower-extremity wounds.	10 pacientes con úlceras venosas o diabéticas bilaterales.	Ensayo comparativo, aleatorizado, prospectivo, no ciego, unicéntrico.	Comparar la eficacia de apósitos de colágeno bovino y plata frente a apósitos de carboximetilcelulosa y plata en heridas crónicas.	Plata.	Manejo de la carga bacteriana. Signos de infección.
Woo KY, et al. 2012 ⁽²⁷⁾	A Randomized Controlled Trial to evaluate an antimicrobial dressing with silver alginate powder for the Management of chronic wounds exhibiting signs of critical colonization.	34 pacientes con heridas crónicas en miembros inferiores.	Ensayo controlado, aleatorizado, prospectivo, abierto.	Evaluar la eficacia de apósitos de alginato y plata en heridas crónicas.	Plata.	Manejo de la carga bacteriana. Signos de infección.
O'Meara S, et al. 2014 ⁽²⁸⁾	Antibiotics and antiseptics for venous leg ulcers.	Pacientes con úlceras venosas.	Revisión sistemática.	Evaluar la eficacia y los efectos secundarios al usar antisépticos y antibióticos tópicos en la curación de úlceras venosas.	Miel. Plata. Cl. SAg. Mupirocina.	Manejo de la carga bacteriana. Signos de infección. Efectos secundarios.
Forlee M, et al. 2014 ⁽²⁹⁾	A prospective, open, multicentre study to evaluate a new gelling fibre dressing containing silver in the management of venous leg ulcers.	13 pacientes con úlceras venosas.	Estudio prospectivo, abierto, multicéntrico	Evaluar la eficacia de apósitos de plata en úlceras venosas.	Plata.	Manejo de la carga bacteriana. Signos de infección. Efectos secundarios.
Mosti G, et al. 2015 ⁽³⁰⁾	Comparative study of two antimicrobial dressings in infected leg ulcers: a pilot study.	40 pacientes con úlceras venosas y arteriales.	Ensayo comparativo, aleatorizado, unicéntrico, piloto.	Comparar la eficacia de apósitos de DACC frente a los de plata en el manejo de la carga bacteriana de heridas crónicas.	Plata. DACC.	Manejo de la carga bacteriana. Signos de infección. Efectos secundarios.

Autor/año	Título	Muestra/ tipo de herida	Tipo de estudio	Objetivo	Producto	Resultados
Krasowski G, et al. 2015 ⁽³¹⁾	A comparison of an antibacterial sandwich dressing vs dressing containing silver.	76 pacientes con úlceras venosas.	Ensayo comparativo, aleatorizado, prospectivo, abierto, multicéntrico	Comparar la eficacia del uso de apósitos con octenidina frente a apósitos de plata en úlceras venosas.	Plata.	Manejo de la carga bacteriana. Signos de infección.
Palumbo FP, et al. 2016 ⁽³²⁾	New surfactant- based dressing product to improve wound closure rates of nonhealing wounds: a european multicenter study including 1036 patients.	968 pacientes con UPP, mixtas, venosas, arteriales, diabéticas y otras.	Estudio de cohortes multicéntrico	Evaluar la eficacia de la SAg al 1% en el cuidado de heridas.	SAg.	Manejo de la carga bacteriana. Signos de infección. Efectos secundarios.
Harding KG, et al. 2016 ⁽³³⁾	Safety and performance evaluation of a next-generation antimicrobial dressing in patients with chronic venous leg ulcers.	41 pacientes con úlceras venosas.	Ensayo controlado no comparativo.	Evaluar la eficacia y seguridad de apósitos de plata en úlceras venosas.	Plata.	Signos de infección. Efectos secundarios.
Akhmetova A, et al. 2016 ⁽³⁴⁾	A comprehensive Review of Topical Odor-Controlling Treatment Options for Chronic Wounds.	Pacientes con úlceras venosas y otras.	Revisión sistemática.	Comparar la eficacia de diferentes productos sobre el mal olor en heridas crónicas.	Plata. Cl.	Signos de infección (olor).
Diaz R, et al. 2017 ⁽³⁵⁾	Estudio comparativo con membranas multifuncionales y apósitos húmedos a seco, en pacientes con heridas crónicas difíciles de curar. Ensayo clínico aleatorizado.	251 pacientes con UPP, arteriales, venosas y pie diabético.	Ensayo controlado, aleatorizado.	Comparar la eficacia de apósitos de miel frente a apósitos de gasa húmeda a seca en heridas crónicas.	Miel.	Efectos secundarios.
Totty JP, et al. 2017 ⁽³⁶⁾	Dialkylcarbamoyl chloride (DACC)-coated dressings in the management and prevention of wound infection: a systematic review.	Pacientes con UPP, venosas, arteriales y otras.	Revisión sistemática.	Evaluar la eficacia del uso de los apósitos DACC en la gestión o prevención de infecciones de heridas.	DACC.	Manejo de la carga bacteriana.
Sibbald RG, et al. 2017 ⁽³⁷⁾	Update: Topical antimicrobial agents for chronic wounds.	Pacientes con UPP, venosas y otras.	Revisión bibliográfica.	Evaluar los efectos terapéuticos y secundarios del uso de agentes antimicrobianos tópicos en heridas crónicas.	PHMB. Plata. Cl. Miel. SAg.	Manejo de la carga bacteriana. Signos de infección. Efectos secundarios.

Tabla 3: Resultados generales de los tratamientos que se utilizan en heridas crónicas. Fuente: Elaboración propia.

Estos artículos tratan de un total de 7 productos diferentes como tratamiento para el manejo de la carga bacteriana o de los signos de infección. También tratan de los efectos secundarios que producen en este tipo de heridas.

Dichos productos se clasifican en antisépticos: la plata ⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾⁽²¹⁾⁽²²⁾⁽²³⁾⁽²⁶⁾⁽²⁷⁾⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾⁽³⁰⁾⁽³¹⁾⁽³³⁾⁽³⁴⁾⁽³⁷⁾, el cadexómero yodado ⁽²²⁾⁽²⁸⁾⁽³⁴⁾⁽³⁷⁾, la polihexanida de biguanida ⁽²⁴⁾⁽²⁵⁾⁽³⁷⁾, la miel ⁽²⁸⁾⁽³⁵⁾⁽³⁷⁾ y el cloruro de diaquilcarbamilo ⁽²⁰⁾⁽³⁰⁾⁽³⁶⁾ y en antibióticos: la sulfadiazina de plata ⁽²⁸⁾⁽³²⁾⁽³⁷⁾ y la mupirocina ⁽²⁸⁾.

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

De los 21 estudios incluidos en la revisión, 17 son estudios originales y 4 son revisiones, obteniendo que 20 artículos tratan sobre apósitos antisépticos y 3 sobre antibióticos locales tópicos.

Entre ellos, 14 analizan los efectos sobre el manejo de la carga bacteriana, 17 sobre los signos de infección, ya sea de forma general o específica (dolor, mal olor o altos niveles de exudado) y 13 tratan sobre los efectos secundarios.

Resultados sobre el efecto en la carga bacteriana y/o signos de infección

Utilización de la plata:

Son muchos los estudios ⁽¹⁷⁾⁽¹⁹⁾⁽²¹⁾⁽²³⁾⁽²⁶⁾⁽²⁷⁾⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾⁽³⁰⁾⁽³¹⁾⁽³³⁾⁽³⁴⁾ que mencionan los efectos positivos que tiene la plata sobre el recuento bacteriano y los diferentes signos de infección.

Algunos de ellos obtienen buenos resultados en la disminución de la carga bacteriana⁽²⁹⁾⁽³⁰⁾⁽³¹⁾, de la puntuación de la infección⁽²¹⁾, de la infección media⁽²⁷⁾, del número de heridas infectadas⁽²⁹⁾ o de los signos de infección de forma general⁽²³⁾⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾.

La plata obtiene mayores beneficios en el manejo de la carga bacteriana que los alginatos⁽²¹⁾, las espumas⁽²⁷⁾ u otros apósitos no antimicrobianos⁽²⁸⁾, aunque algunos artículos⁽³⁰⁾⁽³¹⁾ mostraron peores resultados al usar este producto y compararlo con el cloruro de diaquilcarbamilo⁽³⁰⁾ o con la octenidina⁽³¹⁾.

Respecto a los signos específicos de infección, el dolor manifestado por los pacientes o el número de pacientes con dolor disminuye al utilizar la plata en varios artículos⁽¹⁷⁾⁽¹⁹⁾⁽²³⁾⁽²⁶⁾⁽²⁷⁾⁽²⁹⁾⁽³¹⁾⁽³³⁾, obteniendo mejores resultados que al compararla con las mejores prácticas locales⁽¹⁹⁾ o con apósitos de espuma no antimicrobianos⁽²⁷⁾. En otro artículo⁽²⁶⁾ se obtiene menor nivel de dolor al usar los apósitos de colágeno bovino y plata frente a los de carboximetilcelulosa y plata.

Como se ha mencionado anteriormente, la plata obtiene peores resultados frente a la utilización del cloruro de diaquilcarbamilo⁽³⁰⁾ y de la octenidina⁽³¹⁾, aunque en este caso en la disminución del dolor. Sin embargo, los resultados que se obtuvieron en el estudio⁽³⁰⁾ que compara el uso de la plata y del cloruro de diaquilcarbamilo son no significativos.

Por otro lado, la plata consigue una disminución o eliminación del mal olor en las heridas⁽¹⁷⁾⁽¹⁹⁾⁽²⁷⁾⁽³⁴⁾, teniendo un mayor efecto que las mejores prácticas locales⁽¹⁹⁾ o los apósitos de espuma no antimicrobianos⁽²⁷⁾.

El uso de la plata también muestra ser efectivo sobre el otro signo de infección característico, ya que disminuye el exceso de exudado⁽¹⁹⁾⁽²³⁾⁽²⁷⁾⁽²⁹⁾, consiguiendo mejores resultados que las mejores prácticas locales⁽¹⁹⁾ o los apósitos de espuma no antimicrobianos⁽²⁷⁾.

Por último, hay varios estudios⁽¹⁸⁾⁽²¹⁾⁽²⁶⁾ en los que se muestran algunos resultados que no son de utilidad porque son no significativos. En uno de ellos⁽¹⁸⁾, se compara el riesgo de infección con el uso de la plata frente a un alginato cálcico. En el estudio⁽²¹⁾ se comparan los efectos sobre el estado bacteriológico, el dolor y el mal olor entre un alginato con plata y otro sin plata. En otro artículo⁽²⁶⁾, se comparó el efecto sobre el recuento bacteriano con el uso de apósitos de carboximetilcelulosa y plata frente a los de colágeno bovino y plata, siendo estos resultados también no significativos.

Utilización del cadexómero yodado:

El cadexómero yodado muestra un amplio espectro de acción, ya que es capaz de disminuir la carga bacteriana de diversos microorganismos como los estafilococos, la pseudomona aeruginosa, la klebsiella o proteus⁽²⁸⁾.

Este producto también tiene buenos resultados en la disminución del mal olor, aunque lo hace de forma indirecta al igual que la plata, ya que estos productos lo disminuyen al eliminar las bacterias de la herida⁽³⁴⁾.

Utilización de la miel:

Según los resultados obtenidos, la miel tiene efectos más limitados, ya que aunque si es capaz de disminuir el dolor, la carga bacteriana de las heridas es similar al compararla con la povidona yodada⁽³⁷⁾.

Por otro lado, en la eliminación de la colonización por *Staphylococcus aureus* meticilín resistentes, al comparar la miel frente al hidrogel los resultados son no significativos⁽²⁸⁾.

Utilización de la polihexanida de biguanida:

Los artículos⁽²⁴⁾⁽²⁵⁾⁽³⁷⁾ tratan de la utilización de la polihexanida de biguanida en las heridas, coincidiendo en sus efectos, y es que todos afirman que con la utilización de este producto se disminuye notablemente la carga bacteriana y el dolor de las mismas, consiguiendo mejores resultados con este producto en uno de los artículos⁽²⁴⁾ que con la utilización de apósitos de espuma.

Utilización del cloruro de diaquilcarbamilo:

La utilización del cloruro de diaquilcarbamilo muestra varios beneficios, ya que su utilización disminuye el número de heridas infectadas, de pacientes con dolor⁽²⁰⁾ y las puntuaciones de dolor manifestadas por los pacientes, aunque este último dato es no significativo⁽³⁰⁾. Por otro lado, también tiene capacidad para reducir la carga bacteriana en estas heridas⁽³⁰⁾⁽³⁶⁾, mostrando en uno de estos estudios⁽³⁰⁾ mejores resultados que la plata.

Utilización de la sulfadiazina de plata:

El uso de la sulfadiazina de plata tiene buenos resultados sobre las heridas infectadas, ya que es capaz de reducir la infección⁽³²⁾ y en algunos casos eliminarla por completo⁽³⁷⁾, obteniendo mejores resultados que otros productos como la povidona yodada o la solución salina⁽³⁷⁾.

También tiene efectos sobre diferentes signos de infección, produciendo una disminución del dolor y del exudado⁽³²⁾.

Utilización de la mupirocina:

Con la utilización de la mupirocina tópica se consiguen eliminar las bacterias Gram + de todas las heridas frente a ninguna al usar el tul de parafina, pero los resultados son no significativos⁽²⁸⁾.

Resultados sobre los efectos secundarios

Utilización de la plata:

Son varios los artículos⁽¹⁷⁾⁽²¹⁾⁽²⁹⁾ en los que no se producen efectos secundarios en los pacientes al aplicar plata en sus heridas o no estaban relacionados con la utilización de este producto. Sin embargo, en otros estudios⁽¹⁸⁾⁽²²⁾⁽²⁸⁾⁽³⁰⁾⁽³³⁾ se producen efectos adversos.

Los más frecuentes son el eczema, el dolor, la maceración, el eritema⁽¹⁸⁾⁽³³⁾ y el ardor⁽³⁰⁾⁽³³⁾. También se producen otros muchos, aunque con menos frecuencia, como son: prurito, sequedad⁽¹⁸⁾, secreción sanguinolenta, descomposición de la herida, hemorragia, edema, erupción, complicación de la herida y trastornos de la piel⁽³³⁾.

En otro artículo⁽²⁸⁾ se produce maceración y empeoramiento de la piel perilesional pero los datos son no significativos.

Por otro lado, dos artículos⁽²²⁾⁽²⁸⁾ comparan la cantidad de efectos secundarios que se producen al utilizar la plata frente al cadexómero yodado, siendo estos más frecuentes al usar la plata.

Utilización del cadexómero yodado:

Los efectos secundarios son más frecuentes con el uso del cadexómero yodado que con el cuidado estándar, siendo los más prevalentes el dolor y el prurito⁽²⁸⁾⁽³⁷⁾, seguidos de erupciones, eczema y dificultad para eliminar el yodo del organismo⁽²⁸⁾, aunque al realizar la comparación con apósitos hidrocoloides⁽²⁸⁾ y con la plata⁽²²⁾⁽²⁸⁾, la prevalencia es menor al usar el cadexómero yodado.

Utilización de la miel:

Con el uso de la miel se producen mayores cantidades de efectos secundarios que con el cuidado habitual⁽²⁸⁾. En un artículo⁽³⁵⁾ se indica cual es el que se produce con mayor frecuencia al utilizar este producto, siendo la dermatitis.

Utilización de la polihexanida de biguanida:

Respecto a la utilización de la polihexanida de biguanida, un artículo⁽²⁴⁾ indica ausencia de efectos adversos relacionados con este producto, mientras que en otros⁽²⁵⁾⁽³⁷⁾ se indican efectos secundarios como el aumento abundante de exudado⁽²⁵⁾ o la posible toxicidad en los pacientes⁽³⁷⁾.

Utilización del cloruro de diaquilcarbamilo:

En un estudio⁽³⁰⁾ en el que se compara el uso de apósitos de cloruro de diaquilcarbamilo frente a los de plata, no se produce ningún efecto secundario al utilizar los apósitos de este producto, aunque sí con la plata, produciéndose ardor como se ha comentado anteriormente.

Utilización de la sulfadiazina de plata:

Por último, un artículo⁽³²⁾ indica que no se producen efectos secundarios al utilizar la sulfadiazina de plata. Sin embargo, en otro estudio⁽²⁸⁾ se producen mayores cantidades de efectos adversos al utilizar la sulfadiazina de plata en comparación con otro apósito no antimicrobiano, siendo los más comunes el eritema y el prurito.

DISCUSIÓN:

Eficacia de la plata:

La plata es el tratamiento más utilizado en heridas crónicas con signos de infección como el dolor, el mal olor y los altos niveles de exudado.

A pesar de la variedad de productos existentes en el mercado, la plata en sus diferentes formas: nanocrystalina, metálica e iónica, es el que se utiliza

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

como primer escalón terapéutico en estas lesiones, como muestran los artículos⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾⁽²¹⁾⁽²²⁾⁽²³⁾⁽²⁶⁾⁽²⁷⁾⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾⁽³⁰⁾⁽³¹⁾⁽³³⁾⁽³⁴⁾⁽³⁷⁾, debido a su amplio espectro de acción contra una gran cantidad de microorganismos, incluidas las cepas vancomicina y metilina multirresistentes.

Es cierto que la plata produce más efectos secundarios que otros productos, como son: el eczema, el dolor, la maceración, el eritema⁽¹⁸⁾⁽³³⁾ y el ardor⁽³⁰⁾⁽³³⁾.

Eficacia del cadexómero yodado:

El cadexómero yodado es el producto de elección si no se consigue eliminar la infección o los signos de colonización crítica con la plata. Por tanto, se utiliza como segundo escalón terapéutico, debido a que la plata obtiene mejores resultados, aunque es importante mencionar que el cadexómero yodado posee un amplio espectro de acción contra los microorganismos que causan las infecciones.

A pesar de los beneficios de este producto, debemos de tener en cuenta que también produce efectos secundarios como el dolor y el prurito⁽²⁸⁾⁽³⁷⁾.

Eficacia de la miel:

La miel es un producto natural que tiene excelentes propiedades antimicrobianas, sobre todo la miel de Manuka, siendo fundamental que tenga el sello CE para garantizar así su esterilidad y seguridad.

Como la mayoría de los productos, la miel no está exenta de efectos secundarios, produciendo en algunos casos dermatitis⁽³⁵⁾.

Eficacia de la polihexanida de biguanida:

La polihexanida de biguanida es un producto alternativo muy efectivo en la destrucción de múltiples microorganismos, incluidas las cepas metilina o vancomicina multirresistentes y presentando ciertas ventajas sobre otros productos, ya que no es doloroso y tampoco citotóxico, aunque existe controversia con los efectos secundarios que se obtuvieron en un estudio⁽³⁷⁾ en el que se indica que puede producir toxicidad en los pacientes. Además, puede causar un aumento abundante del exudado⁽²⁵⁾.

Eficacia del cloruro de diaquilcarbamil:

Este producto, aunque no tiene propiedades antimicrobianas, se debe tener en cuenta, ya que es capaz de capturar a una gran variedad de microorganismos, teniendo un excelente manejo de la carga bacteriana⁽²⁰⁾⁽³⁰⁾⁽³⁶⁾, y de evitar la formación de resistencias. También es importante mencionar que presenta ciertas

ventajas en comparación a otros productos, ya que al no poseer propiedades químicas no es frecuente la producción de efectos secundarios⁽³⁰⁾ o de toxinas, por lo que este producto debe considerarse como una buena alternativa a los demás tratamientos.

Eficacia de la sulfadiazina de plata:

La sulfadiazina de plata debe de utilizarse como tercer escalón terapéutico, ya que se trata de un antibiótico tópico. A pesar de eliminar o disminuir la infección⁽³²⁾⁽³⁷⁾ de las heridas, hay que tener en cuenta que produce efectos secundarios como el eritema y el prurito⁽²⁸⁾.

Por otro lado, con su uso se pueden generar resistencias de microorganismos, aunque en los estudios analizados en esta revisión no se indica. Por ello, no puede ser considerado como primera alternativa en heridas infectadas o con signos de colonización crítica, aunque en los hospitales y centros sociosanitarios se utiliza con excesiva frecuencia.

Papel de los profesionales de enfermería:

En la actualidad, son muchos los profesionales de enfermería que utilizan de forma indiscriminada los antibióticos locales tópicos en las heridas crónicas infectadas como primera opción terapéutica, sin tener en cuenta las resistencias de microorganismos que se crean con su uso y los pocos estudios científicos que apoyan su utilización.

Es necesaria una formación continuada del personal de enfermería para evitar la variabilidad en las curas y el seguimiento estricto de las Guías de Práctica Clínica, debido a que en numerosas ocasiones encontramos que en las plantas de hospitalización y en diferentes unidades, una misma herida es tratada por varios profesionales, utilizando cada uno de ellos diferentes productos, no existiendo una continuidad en las curas, dificultándose así su curación y empeorando la calidad de vida de los pacientes.

Sin embargo, esto no suele ocurrir en Atención Primaria, donde habitualmente cada enfermero realiza las curas de sus pacientes de forma continuada, permitiendo llevar un seguimiento más exhaustivo y preciso de las mismas, disminuyendo así la variabilidad clínica.

CONCLUSIONES:

- Existe una amplia gama de productos destinados al cuidado de las heridas crónicas infectadas o con signos de colonización crítica.

- La plata es el producto con el que se obtienen mejores resultados en el manejo de la carga bacteriana y/o de los signos de infección, siendo el primer escalón terapéutico.
- Uno de los estudios de esta revisión sugiere que el uso del cloruro de diaquilcarbamilo puede ser una alternativa válida de tratamiento, al obtener mejores resultados sobre el manejo de la carga bacteriana.
- Los demás productos: el cadexómero yodado, la miel, la polihexanida de biguanida, el cloruro de diaquilcarbamilo y la sulfadiazina de plata, también obtienen buenos resultados en el manejo de la carga bacteriana y/o de los signos de infección, aunque hay menos estudios que los avalen, sobre todo en el caso de los antibióticos locales tópicos.
- La plata es el producto que produce más efectos secundarios, siendo los más frecuentes el eczema, el dolor, la maceración, el eritema y el ardor.
- Los demás productos también muestran efectos secundarios, pero en menor medida, siendo los más comunes: en el cadexómero yodado el dolor y el prurito, en la miel la dermatitis, en la polihexanida de biguanida la posible toxicidad y el aumento de exudado y en la sulfadiazina de plata el eritema y el prurito.
- El cloruro de diaquilcarbamilo no produce efectos secundarios al no tener propiedades químicas.
- Los estudios hallados no mencionan la generación de resistencias microbianas con el uso de la sulfadiazina de plata, siendo esto un aspecto a tener en cuenta al utilizar antibióticos locales tópicos.

CONFLICTOS DE INTERÉS:

No existen conflictos de interés por parte de los autores en la elaboración de esta revisión.

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Barón Burgos MM, Benítez Ramírez MM, Caparrós Cervantes A, Escarvajal López ME, Martín Espinosa MT, Moh Al-Lal Y, et al. Guía para la Prevención y Manejo de las UPP y heridas crónicas. Madrid: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria; 2015.
2. García Fernández FP, López Casanova P, Segovia Gómez T, Soldevilla Agreda JJ, Verdú Soriano J. Unidades Multidisciplinares de Heridas Crónicas: Clínicas de Heridas. Serie de Documentos de posicionamiento GNEAUPP n°10. 1ª ed. Logroño: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas; 2012.
3. Ballesteros Úbeda MV. Heridas crónicas. In: Muñoz Rodríguez A, editor. Manual de Protocolos y Procedimientos en el cuidado de las heridas. Madrid: Hospital Universitario de Móstoles; 2011. p. 143–8.
4. Allué Gracia MA, Ballabriga Escuer MS, Clerencia Sierra M, Gallego Domeque L, García Espot A, Moya Porté MT. Heridas crónicas: un abordaje integral. Huesca: Colegio Oficial de Enfermería de Huesca; 2012.
5. Abad García R, Aguirre Aranaz RM, Arizmendi Pérez M, Beaskoetxea Gómez P, Beistegui Alejandro I, Camiruaga Zalbidea I, et al. Guía de actuación para la prevención y cuidados de las úlceras por presión. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza; 2017.
6. Martínez Angulo J, Baldeón Iñigo E, Jiménez Remiro C, Mata de la Cruz C, Marco Galilea MI, Torrecilla Miguel MT. Guía para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de las Úlceras por Presión. Logroño: Consejería de Salud de La Rioja; 2009.
7. Sainz-Espiga Michelena I, Folguera Álvarez C, Lebrancón Cortés P, Valerdiz Casasola S. Colonización crítica: la gran invisible. 1ª ed. España: Coloplast Productos Médicos; 2016.
8. Carville K, Cuddigan J, Fletcher J, Fuchs P, Harding K, Ishikawa O, et al. La infección de las heridas en la práctica clínica. Consenso internacional. Londres: Medical Education Partnership Ltd; 2008.
9. García Fernández FP, Soldevilla Agreda JJ, Pancorbo Hidalgo PL, Verdú Soriano J, López Casanova P, Rodríguez Palma M, et al. Manejo Local de Úlceras y Heridas. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP no III. 2ª ed. Logroño: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas; 2018.
10. Pancorbo Hidalgo PL, Verdú Soriano J, Martínez Cuervo F. Manejo de la carga bacteriana. In: García Fernández FP, Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, editors. Atención Integral de las Heridas Crónicas. 2ª ed. Logroño: GNEAUPP-FSJJ; 2016. p. 461–75.
11. Pérez Santos L, Turrado Muñoz MÁ, Moral Arroyo JA. Recursos materiales para el cuidado de heridas crónicas y agudas. In: Pérez Santos L, editor. Consultoría de heridas crónicas y agudas. Córdoba: Hospital Universitario Reina Sofía. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2017. p. 74–104.
12. Marquilles Bonet C, Alexandre Lozano S, Real Gatiús J. Prevalencia de infección por *Staphylococcus aureus* resistente a metilicina en heridas crónicas en atención primaria de Lleida. Estudio Retrospectivo. Gerokomos. 2015;26(4):157–61.
13. Cabello JB. Plantilla para ayudarte a entender un Ensayo Clínico. In: CASPe, editor. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. p. 5–8.
14. Cabello JB. Plantilla para ayudarte a entender una Revisión Sistemática. In: CASPe, editor. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. p. 13–7.

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

15. Cabello JB. Plantilla para ayudarte a entender Estudios de Cohortes. In: CASPe, editor. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. p. 23–7.
16. Zöls C, Cech JD. Efficacy of a new multifunctional surfactant-based biomaterial dressing with 1% silver sulphadiazine in chronic wounds. *Int Wound J*. 2016;13(5):738–43.
17. Karlsmark T, Bendz SH, Larsen JR, Andersen KE, Roed-Petersen J, Agerslev RH. Clinical performance of a new silver dressing, Contreet Foam, for chronic exuding venous leg ulcers. *J Wound Care*. 2003;12(9):351–4.
18. Meaume S, Vallet D, Nguyen Morere M, Téot L. Evaluation of a silver-releasing hydroalginate dressing in chronic wounds with signs of local infection. *J Wound Care*. 2005;14(9):411–9.
19. Münter KC, Beele H, Russell L, Crespi A, Gröchenig E, Basse P, et al. Effect of a sustained silver-releasing dressing on ulcers with delayed healing: the CONTOP study. *J Wound Care*. 2006;15(5):199–206.
20. Kammerlander G, Locher E, Suess-Burghart A, von Hallern B, Wipplinger P. An investigation of Cutimed Sorbact® as an antimicrobial alternative in wound management. *Wounds UK*. 2008;4(2):10–4.
21. Trial C, Sotto A, Téot L, Tillet Y, Darbas H, Lavigne J-P, et al. Assessment of the antimicrobial effectiveness of a new silver alginate wound dressing: a RCT. *J Wound Care*. 2010;19(1):20–6.
22. Miller CN, Newall N, Kapp SE, Lewin G, Karimi L, Carville K, et al. A randomized-controlled trial comparing cadexomer iodine and nanocrystalline silver on the healing of leg ulcers. *Wound Repair Regen*. 2010;18(4):359–67.
23. Rueda López J, Martínez Cuervo F, Verdú Soriano J, Segovia Gómez T. Apósitos impregnados en agente antibacteriano. *Rev ROL Enf*. 2010;33(11):726–35.
24. Sibbald RG, Coutts P, Woo KY. Reduction of Bacterial Burden and Pain in Chronic Wounds Using a New Polyhexamethylene Biguanide Antimicrobial Foam Dressing-Clinical Trial Results. *Adv Skin Wound Care*. 2011;24(2):78–84.
25. Lenselink E, Andriessen A. A cohort study on the efficacy of a polyhexanide-containing biocellulose dressing in the treatment of biofilms in wounds. *J Wound Care*. 2011;20(11):534–9.
26. Manizate F, Fuller A, Gendics C, Lantis JC. A prospective, single-center, nonblinded, comparative, postmarket clinical evaluation of a bovine-derived collagen with ionic silver dressing versus a carboxymethylcellulose and ionic silver dressing for the reduction of bioburden in variable-etiology, bilateral lower-extremity wounds. *Adv Skin Wound Care*. 2012;25(5):220–5.
27. Woo KY, Coutts PM, Sibbald RG. A randomized controlled trial to evaluate an antimicrobial dressing with silver alginate powder for the management of chronic wounds exhibiting signs of critical colonization. *Adv Skin Wound Care*. 2012;25(11):503–8.
28. O'Meara S, Al-Kurdi D, Martyn-St James M, Ovington LG, Richardson R, Ologun Y. Antibiotics and antiseptics for venous leg ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 1. Art. No.: CD003557. DOI: 10.1002/14651858.CD003557.pub5.
29. Forlee M, Rossington A, Searle R. A prospective, open, multicentre study to evaluate a new gelling fibre dressing containing silver in the management of venous leg ulcers. *Int Wound J*. 2014;11(4):438–45.
30. Mosti G, Magliaro A, Mattaliano V, Picerni P, Angelotti N. Comparative study of two antimicrobial dressings in infected leg ulcers: a pilot study. *J Wound Care*. 2015;24(3):121–7.
31. Krasowski G, Rybak Z, Bartoszewicz M, Olejniczak-Nowakowska M, Junka A, Tukiendorf A, et al. A comparison of an antibacterial sandwich dressing vs dressing containing silver. *Wound Repair Regen*. 2015;23(4):525–30.
32. Palumbo FP, Harding KG, Abbritti F, Bradbury S, Ivins N, Klein D, et al. New Surfactant-based Dressing Product to Improve Wound Closure Rates of Nonhealing Wounds: A European Multicenter Study Including 1036 Patients. *Wounds*. 2016;28(7):233–40.
33. Harding KG, Cains J, Blair S, Parsons D, Ivins NM, Bowler P, et al. Safety and performance evaluation of a next-generation antimicrobial dressing in patients with chronic venous leg ulcers. *Int Wound J*. 2016;13(4):442–8.
34. Akhmetova A, Saliev T, Allan IU, Illsley MJ, Nurgozhin T, Mikhalevsky S. A Comprehensive Review of Topical Odor-Controlling Treatment Options for Chronic Wounds. *J Wound Ostomy Cont Nurs*. 2016;43(6):598–609.
35. Díaz R, Percy-Douglas R, Alvarado-Dumas C. Estudio comparativo con membranas multifuncionales y apósitos húmedos a seco, en pacientes con heridas crónicas difíciles de curar. Ensayo clínico aleatorizado. *Rev Guatem cir*. 2017;23(1):24–35.
36. Totty JP, Bua N, Smith GE, Harwood AE, Carradice D, Wallace T, et al. Dialkylcarbamoyl chloride (DACC)-coated dressings in the management and prevention of wound infection: a systematic review. *J Wound Care*. 2017;26(3):107–14.
37. Sibbald RG, Elliott JA, Verma L, Brandon A, Persaud R, Ayello EA. Update: Topical Antimicrobial Agents for Chronic Wounds. *Adv Skin Wound Care*. 2017;30(10):438–50.

PREVENCIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS TRAS EL USO DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL FRENTE A INFECCIONES

PREVENTION OF SKIN LESIONS AFTER THE USE OF PERSONAL PROTECTIVE EQUIPMENT AGAINST INFECTION

Autores:  Federico Palomar-Llatas ^(1,2),  Begoña Fornes-Pujalte ^(1,2,3),  Ignacio González-Herrero ^(1,2,4),
 David Palomar-Albert ^(1,2,5),  Jorge Zamora-Ortiz ^(1,2,3),  Elena Iborra-Palau ⁽³⁾,
 Virginia Clausell-Catalá ^(1,2,6),  María Company-Palónés ^(1,2,8),  Ramón Durá ^(1,2,6),
 Paula Diez-Fornes ^(1,2),  José Bonías-López ^(1,2,6),  Elena Castellano-Rioja ^(1,2,8)

(1) Grupo Investigación Integridad y Cuidado de la piel. Universidad Católica de Valencia.

(2) Cátedra Hartmann de integridad y cuidado de la piel.

(3) RN, MSc. Unidad de Úlceras. Hospital General Universitario de Valencia.

(4) RN, MSc. UCI-B. Complejo Hospitalario de Navarra.

(5) Podólogo, RN, MSc. Clínicas Universitarias. Universidad Católica de Valencia.

(6) RN, MSc. CAP San Marcelino. Valencia.

(7) RN, MSc. Hospital Universitario la Fe de Valencia.

(8) Psicóloga, RN, MSc, PhD. Facultad de Enfermería. Universidad Católica de Valencia.

Contacto: federicop43@gmail.com

Fecha de recepción: 05/11/2020
 Fecha de aceptación: 25/11/2020

Palomar-Llatas F, Fornes-Pujalte B, González-Herrero I, Palomar-Albert D, Zamora-Ortiz J, Iborra-Palau EV, Clausell-Catalá V, Company-Palónés M, Durá R, Diez-Fornes P, Bonías-López J, Castellano-Rioja E. Prevención de lesiones cutáneas tras el uso de equipos de protección individual frente a infecciones. *Enferm Dermatol.* 2020; 14(41): e01-e06. DOI: 10.5281/zenodo.4413382.

RESUMEN:

Una de las grandes preocupaciones actuales que padecen los profesionales sanitarios que precisan del uso continuado de equipos de protección individual (EPI), sobre todo para el manejo del paciente con enfermedad COVID, es la protección y prevención de las lesiones en piel que dichos equipos producen como evento adverso. El presente artículo revisa esta afectación y sus causas: oclusión de la piel, evaporación del agua intradérmica, fricción, presión, humedad y reacciones químicas. Como conclusiones, la estrategia de prevención incluye abordar aspectos como el lavado e hidratación de la piel, prevención de la presión local y prevención de la humedad.

Palabras Clave: Dermatitis ocupacional, Solución hidroalcohólica, 2019-nCoV.

ABSTRACT:

One of the major concerns of today's healthcare professionals who require the continued use of personal protective equipment (PPE), especially for the management of patients with COVID disease, is the protection

and prevention of skin injuries that such equipment produces as an adverse event. This article reviews this affectation and its causes: skin occlusion, intra-dermal water evaporation, friction, pressure, humidity and chemical reactions. As conclusions, the prevention strategy includes addressing aspects such as washing and moisturizing the skin, preventing local pressure and preventing moisture.

Keywords: Occupational dermatitis, hydroalcoholic solution, 2019-nCoV.

INTRODUCCIÓN:

El siguiente documento pretende recomendar unas pautas para prevenir lesiones cutáneas en el profesional que se ve obligado a utilizar en un periodo largo de su jornada laboral los Equipos de Protección Individual (EPI). Estas lesiones pueden ir desde una simple fricción, ulceraciones por presión o dermatitis alérgicas o de contacto^(1,2). Es necesario recordar que, entre las funciones de la piel, que es el órgano más grande de nuestro organismo, la principal, es la de nuestra protección además de otras (Tabla 1).

PROPIEDADES DE LA PIEL	
1. Proteger de agresiones externas y mantener su integridad	7. Metabolizar la vitamina D
2. Absorber y excretar líquidos	8. Función sensitiva
3. Regular la temperatura corporal	9. Propiedades cosméticas
4. Impermeabilización	10. Barrera de microorganismos
5. Absorber la radiación UV	11. Reveladora del estado anímico (rubor, palidez)
6. Intervenir en la inmunidad	12. Función social (olor)

Tabla 1: Propiedades de la piel.

Las recomendaciones presentadas en este documento están basadas en los cuidados de la piel antes y después de la utilización de los EPI.

La piel está cubierta por un manto hidrolipídico, que es su Factor Hidratante Natural (FHN) y tiene como funciones proteger y hacer de barrera antibacteriana fisiológica del organismo, esto es debido a la presencia de ácidos grasos de cadena media, que modifican el pH, lo que implica un factor adverso para el crecimiento bacteriano patógeno⁽¹⁾. Además, cumple con las funciones de amortiguamiento frente a fricciones y presiones externas. Los compuestos similares al FHN, son humectantes con capacidad de absorber agua como el ácido hialurónico, que a su vez están compuestos por agentes más grasos (Lipídicos) y retener el agua como son las ceramidas, ácidos grasos libres o colesterol.

El agua en el organismo está sobre un 65-70%, y por lo que respecta a la piel, el 70% de agua corresponde a los depósitos de la epidermis, dermis y por último el tejido graso. Es nuestra reserva natural frente a las necesidades orgánicas en momentos adversos para el organismo haciendo de balance hídrico del cuerpo ante la deshidratación. A su vez, nos proporciona turgencia y elasticidad frente a la tracción y nos ayuda con resistencia frente a la presión. Es por todas estas razones que debemos evitar su evaporación desde dermis hacia el exterior pasando por la epidermis o el estrato córneo.

Encontramos dos causas principales donde el reservorio hídrico puede verse afectado por el uso de EPIs sin enumerar otros factores de riesgo como pueden ser metabólicos, radiaciones ultravioletas, malos hábitos como el alcohol o el tabaco:

a) De origen interno: Altas temperaturas por ocluir al organismo con un equipamiento impermeable, que puede llevarnos a la deshidratación, mala absorción de nutrientes, afectación propia de la piel según su tipología de piel (piel atópica), estrés y fatiga laboral,

derivadas de estas últimas circunstancias de la atención de enfermedades infecciosas.

b) De origen externo: Reacciones farmacológicas a productos o compuestos de uso tópico, pequeños traumatismos debidos al propio equipamiento EPI (guantes, gafas, mascarillas, etc.). también los cambios bruscos de temperatura a la retirada del equipamiento.

Ante el uso de los equipos EPI, se ha de priorizar el mantenimiento de una piel fisiológica en buenas condiciones de elasticidad, fuerza, brillo, lisa y evitando el estrés de las glándulas sudoríparas o sebáceas. Si no tenemos las suficientes precauciones podemos desencadenar una piel seca (xerosis) no protegida del propio FHN y volverse pruriginosa, provocar una disminución de la regulación sebácea, poros cerrados, piel sin brillo, áspera, pérdida de elasticidad, fisuras, grietas, descamación e incapacidad de retener los niveles mínimos de agua en la capa córnea (Imagen 1).



Imagen 1: Aspecto que suele presentar la piel seca.

Los objetivos para la prevención de lesiones por el uso de EPI serán:

- Valoración del estado de la piel
- Mantener la integridad cutánea observando:
 - Factor Hidratante Natural (FHN)
 - Aportar nutrientes según tipo de piel para dar elasticidad, resistencia y firmeza
 - Funciones de amortiguamiento.
 - Conservar su capacidad protectora
- Disminuir o eliminar los factores de riesgo

Revisada la literatura⁽¹⁻⁵⁾, podemos clasificar las lesiones cutáneas causadas por la utilización de EPIs en diferentes factores etiológicos como: oclusión de la piel, evaporación del agua intradérmica, fricción, presión, humedad y reacciones químicas.

RECOMENDACIONES PREVENTIVAS:

Para prevenir este tipo de lesiones debemos mantener una correcta limpieza e hidratación de la piel. Esta última, apoyada en buen estado nutricional del individuo y en la correcta utilización de cremas hidratantes⁽³⁻⁵⁾.

1) LAVADO E HIDRATACIÓN DE LA PIEL:

Como paso previo a la utilización del EPI, se realizará una limpieza de la piel por medio de tónicos astringentes y leches limpiadoras (principalmente en cara) y dar a la piel un tono de normalidad. Posteriormente se retirarán los restos con un lavado de agua y jabón neutro, finalizando con el enjuagado con agua y secado por empapamiento sin fricción o arrastre.

El proceso de hidratación se realizará con sustancias que aportan o restauran el agua de la piel (cosméticos), evitando una excesiva evaporación del agua de ésta, protegiendo y manteniendo las funciones de la piel en óptimas condiciones compuestos por: Water/Oil (W/O)= Agua/aceite por el día, ya que estos productos no son tan oclusivos y para comenzar la jornada laboral será lo más gratificante y relajante para la piel (Cremas a base de agua y un poco de vaselina o lanolina).

Aplicar cremas, emulsiones, lociones hidratantes (W/O), si se utilizan los aceites de ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO)⁽⁶⁻⁸⁾, deben de aplicarse media hora antes de ponerse mascarillas o gafas protectoras y bien extendido en la cara. No hay suficientes estudios que avalen su efectividad frente al alivio de la presión, pero si como barrera hidratante y protectora de la piel.

Se debe evitar en cara o zonas de mascarillas, gafas de los EPI, los productos barrera en spray, estos que están indicados como productos barrera y frente a la humedad o contacto de fluidos con la piel, por lo tanto, no alivian presiones ni aportan hidratación, pero tampoco influyen en la elasticidad de la piel^(7,8).

Una vez hidratada la piel, la ropa interior del profesional debe de ser preferiblemente de algodón, evitando la oclusión y el estrés de glándulas sudoríparas (Imagen 2).



Imagen 2: Reacción por oclusión en tórax por equipo EPI.

Previo a la colocación de los guantes de vinilo, etc., se debe de colocar guantes de hilo (los llamados guantes de soldado) (Imagen 3) e incluso calcetines de algodón o hilo para evitar lesiones de humedad, fricción (Imagen 4) o contacto con la piel (Imagen 5).



Imagen 3: Guantes de hilo (blanco) y de polivinilo (azul).

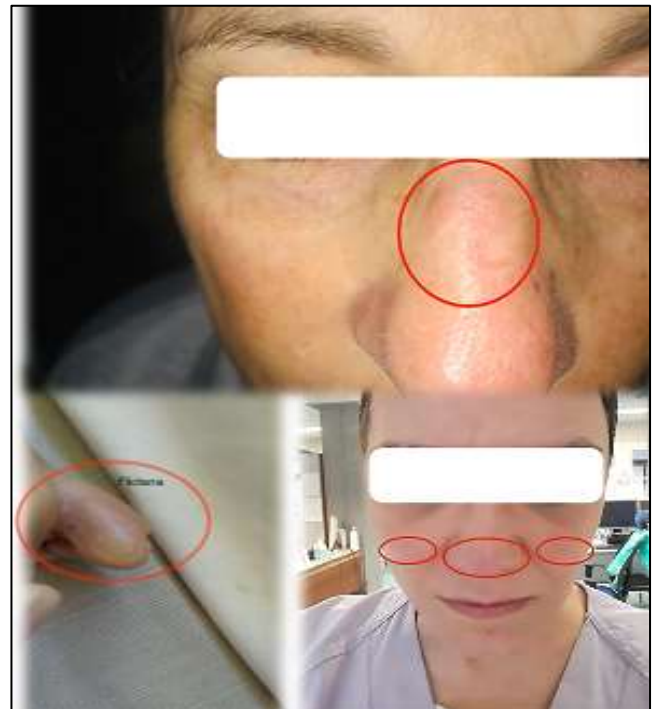


Imagen 4: Lesiones cutáneas por fricción y flictenas.



Imagen 5: lesiones cutáneas por contacto (dermatitis).

FORMACIÓN DERMATOLÓGICA

2) PREVENCIÓN DE LA PRESIÓN LOCAL:

Es importante que las gomas para acoplar las mascarillas estén sujetas por pinzas siliconadas a nivel de nuca y así evitar las lesiones en el pabellón auricular por la presión de las gomas.

Los apósitos a utilizar en cara para protección de zonas óseas prominentes no deben formar pliegues en su colocación y comprobar el perfecto sellado de la zona (Imagen 6). Deben acoplarse correctamente a la región anatómica para evitar lesiones en caballete nasal y frente (Imagen 7).



Imagen 6: Colocación apósito sin pliegues en nariz. Presencia de lesión por presión en la frente.



Imagen 7: Presión / fricción en caballete nasal.

La utilización de spray barrera (barrier) no es conveniente aplicar en cara ya que mantienen la piel más seca y no alivian la presión. No es recomendable la utilización de apósitos finos de hidrocóloide por su poco alivio de la presión, presentando además otro inconveniente según la sudoración del profesional, pueden llegar a saturarse gelificándose, arrugarse (Imagen 8) y desplazarse de la zona a proteger, en caso de utilizar apósito de hidrocóloide debería de ser en placa (Imagen 6).



Imagen 8: Apósito hidrocóloide fino arrugado (flechas rojas).

Los apósitos elegidos deberán garantizar el sellado de las mascarillas y de las gafas protectoras, protegiendo de presiones como son los apósitos de espuma de espesor normal o finos (lite). Se acoplarán a la región anatómica (nariz, pabellón auricular, sien, frente, área suborbital o pómulos) y serán de suave adhesividad (con base siliconada o hidrogel con poros de transpiración, nunca adhesivos fuertes que pueden dañar la piel a su retirada). La evidencia en la efectividad de su prevención no es elevada por falta de estudios, pero no están descartados⁽⁸⁾ (Imagen 9).

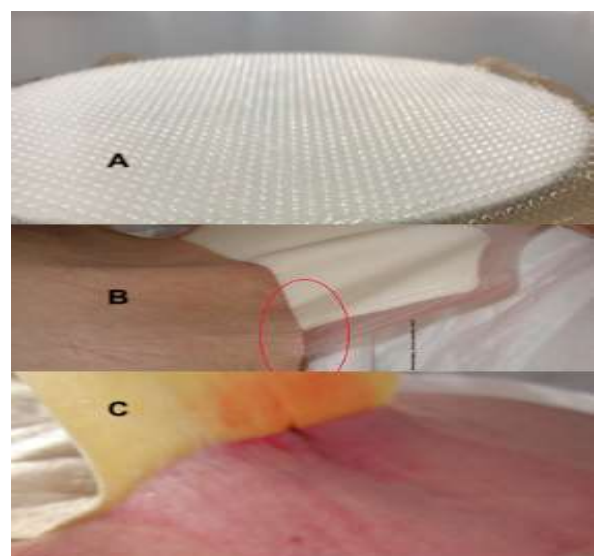


Imagen 9: Diferentes adhesivos bajo presión: (A) siliconado o gelificado, (B) tradicional y (C) hidrocóloide bajo presión y calor.

Antes de la colocación de los guantes y tras el lavado de manos, se debe proteger la zona de la muñeca con apósitos de 15 x 10 cm, en la zona de las gomas y prevenir lesiones por fricción o presión (Imagen 10).



Imagen 10: Marcas de presión en la piel provocadas por las gomas de la manga de la bata y por el guante.

3) PREVENCIÓN DE LA HUMEDAD:

Tras el lavado de manos realizar un buen secado a nivel interdigital para evitar la maceración. No aplicar antes de ponerse los guantes soluciones hidroalcohólicas y colocar guantes de hilo para prevenir lesiones por contacto o humedad (Imagen 11 y 12).



Imagen 11: Lesiones por humedad en mano debido al uso prolongado de guantes (EPI).



Imagen 12: Piel macerada en palma de la mano por uso prolongado de guantes (EPI).

El uso de las soluciones hidroalcohólicas para ser efectivos su composición debe de ser del 79% de alcoholes o superior⁽¹¹⁾, pero el abuso de estas soluciones puede dar origen a lesiones de sequedad de la piel y eccematización⁽⁹⁾ (Imagen 13), siendo esta última debida a: dermatitis de contacto alérgicas o dermatitis de contacto irritativas.



Imagen 13: Eccema en mano, lesiones alérgicas por contacto con soluciones hidroalcohólicas

Por último, una vez retirado el EPI se realizará una ducha completa con agua y jabón neutro y enjuagado y secado por empapamiento, no por arrastre.

Se aplicarán pomadas, emulsiones, lociones hidratantes (W/O = Aceite/Agua) que darán a la piel suavidad, flexibilidad, elasticidad de la piel normal (hidratación), mejorando la capacidad de retener agua evitando la evaporación y lubricar el estrato córneo.

CONCLUSIONES:

Como conclusiones reseñamos la importancia que tiene la hidratación de la piel por mediación de cremas hidratantes, previo al uso de los EPI y posteriormente a su uso, con la hidratación de pomadas emolientes.

La aplicación de los apósitos protectores debe de ser uniforme sin arrugas y acoplados correctamente a las regiones anatómicas (nariz, pabellón auricular, sien, frente, área suborbital o pómulos).

Hay que hacer un correcto uso y no abuso de las soluciones hidroalcohólicas.

CONFLICTOS DE INTERÉS:

Los autores manifiestan no tener conflictos de interés.

FORMACIÓN DERMATOLÓGICA

BIBLIOGRAFÍA:

1. Lan J, Song Z, Miao X, Li H, Li Y, Dong L, et al. Skin damage and the risk of infection among healthcare workers managing coronavirus disease-2019. *J Am Acad Dermatol*. 2020. S0190-9622.
2. Foo C, Goon A, Leow Y, Goh C. Adverse skin reactions to personal protective equipment against severe acute respiratory syndrome? a descriptive study in Singapore. *Contact Dermatitis*. 2006;55(5):291-4.
3. RECOMENDACIÓN PREPI | COVID19. Prevención de lesiones desarrolladas por Equipos de Protección Individual (Mascarillas, respiradores, viseras y gafas de protección). *Journal of Tissue Healing and Regeneration*. 2020.
4. Sánchez-Gálvez J. La importancia de proteger nuestra piel al usar equipos de protección individual. *Enferm Dermatol*. 2020;14(39): 7-8. [\[Internet\]](#)
5. Nurses Specialized in Wound, Ostomy and Continence Canada (NSWOCC). Prevention and Management of Skin Damage Related to Personal Protective Equipment: Update 2020 [\[Internet\]](#). nswoc.ca. 2020.
6. AlfaSigma. Prevención y tratamiento de lesiones leves provocadas por equipos de protección individual (mascarillas, gafas protectoras y pantallas protectoras). [Infografía]. [\[Internet\]](#). 2020.
7. Coloplast. Prevención de lesiones desarrolladas por Equipos de Protección Individual. Epis. [Infografía] [\[Internet\]](#). 2020.
8. Palomar-Llatas F, González-Herrero I, Fornes Pujalte B. Guía prevención de lesiones cutáneas tras el uso de equipos de protección individual frente a infecciones (EPI). [informe técnico]. [\[Internet\]](#). 2020.

UTILIZACIÓN DE SISTEMAS BICAPA DE COMPRESIÓN GRADUADA PARA ÚLCERAS VENOSAS DE LA EXTREMIDAD INFERIOR EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

USE OF GRADUATED TWO-LAYER COMPRESSION SYSTEMS FOR VENOUS ULCERS OF THE LOWER EXTREMITY IN PRIMARY HEALTH CARE

Autores:  Camilo Daniel Raña-Lama

PhD, MSc, RN. Unidad de Heridas del Área Sanitaria de A Coruña-Cee, España.

Contacto: cranlam@gmail.com

Fecha de recepción: 04/12/2020
Fecha de aceptación: 30/12/2020

Raña-Lama CD. Utilización de sistemas bicapa de compresión graduada para úlceras venosas de la extremidad inferior en atención primaria de salud. *Enferm Dermatol.* 2020; 14(41): e01-e05. DOI: 10.5281/zenodo.4483302

RESUMEN:

Objetivo: Determinar la frecuencia de utilización de sistemas bicapa de compresión graduada y la prevalencia de úlceras venosas en la extremidad inferior en pacientes atendidos en los centros de atención primaria del Área Sanitaria de A Coruña e Cee (A Coruña).

Método: Estudio descriptivo retrospectivo. Corte transversal de 2 meses (de octubre a noviembre de 2018), para cuantificar todas las solicitudes de compresión bicapa recibidas en la Unidad de Heridas, que tuvieran su origen en los centros de atención primaria de A Coruña, y su dispensación para los cuidados a pacientes con úlceras de etiología venosa en la pierna. Variables: edad, sexo, nº de sistemas bicapa de compresión graduada dispensados y tasa de prevalencia úlceras venosas en pierna. Análisis descriptivo.

Resultados: Se identificaron 347 pacientes afectados de úlceras venosas, siendo el 51,18% los tratados por úlceras en pierna. De éstos, a 17 pacientes (4,90%) se les dispensaron sistemas de compresión bicapa. La media de edad fue de 76,21 [75,59 - 78,21] años. La prevalencia de úlceras varicosas en pacientes adultos fue del 0,07%.

Conclusión: Se debería incrementar el uso de la terapia compresiva en pacientes con úlceras de etiología venosa, siendo además necesario aumentar la formación específica de los profesionales sanitarios implicados, para lograr una mayor habilidad técnica que permita aumentar la seguridad y la adherencia del paciente.

Palabras clave: Terapia de Compresión; Vendajes de Compresión; Úlcera Varicosa; Prevalencia; Extremidad Inferior; Atención Primaria de Salud.

ABSTRACT:

Aim: To determine the frequency of use of graduated compression bilayer systems and the prevalence of venous ulcers in the lower limb in patients treated in the primary care centers of the Health Area of A Coruña e Cee (A Coruña).

Method: Retrospective descriptive study. Cross-section of 2 months (from October to November 2018), to quantify all the requests for graduated compression bilayer systems received in the Wound Unit, which originated in the primary care centers of A Coruña, and their dispensation for patient care with ulcers of venous etiology on the leg. Variables: age, sex, number of graduated compression bilayer systems dispensed and prevalence rate of venous leg ulcers. Descriptive analysis.

Results: 347 patients affected by venous ulcers were identified, 51.18% of those with leg ulcers. Of these, 17 patients (4.90%) received bilayer compression systems. The average age was 76.21 [75.59 - 78.21] years. The prevalence of varicose ulcers in adult patients was 0.07%.

Conclusion: The use of compression therapy should be increased in patients with ulcers of venous etiology, and it is also necessary to increase the specific training of the health professionals involved, to achieve greater technical skill that allows increasing patient safety and adherence.

Key words: Compression Therapy; Compression Bandages; Varicose Ulcer; Prevalence; Lower Extremity; Primary Health Care.

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

INTRODUCCIÓN:

La úlcera de etiología venosa (UV) se define como una "lesión cutánea abierta en la pierna o en el pie (zona de polaina) que se produce en un área afectada por hipertensión venosa"⁽¹⁾.

Las UV son las heridas crónicas más prevalentes que se manifiestan en la extremidad inferior⁽²⁾. La prevalencia poblacional se encuentra entre el 0,08-0,22%⁽³⁾. Las tasas más altas de prevalencia y recurrencia se encuentran en la población de edad avanzada, duplicándose en mayores de 65 años. El perfil epidemiológico indica que son más frecuentes en el género femenino y en edades avanzadas^(3,4).

Las UV, generalmente tienen un tiempo largo de evolución hasta la cicatrización total y una alta tasa de recidivas, una vez que han curado, por lo que suelen asociarse a un alto impacto negativo en relación a la calidad de vida de las personas afectadas, pueden producir aislamiento social y suponen un gran coste económico para los sistemas de salud; por todo ello, están consideradas como un problema de salud pública que es primordial abordar de forma eficiente^(3,5-8).

El manejo de las UV se basa fundamentalmente en la atención multidisciplinar y en una evaluación exhaustiva que comprende las siguientes fases:

- 1) Valoración general del paciente, su estado nutricional⁽⁹⁾ y las comorbilidades que condicionan la evolución de su lesión.
- 2) Evaluación física de la extremidad y su circulación mediante la determinación de los pulsos pedios y del Índice Tobillo-Brazo (ITB).
- 3) Determinación de la etiología de la herida crónica.
- 4) Valoración sistemática de la lesión.

El plan de tratamiento del manejo de las UV se centra en la atención a la causa subyacente, la insuficiencia venosa crónica, lo cual se traduce en procurar la reducción de la hipertensión venosa con medidas posturales, ejercicios antiestasis, estilo de vida sano y, principalmente, con la cirugía cuando ésta es posible y la terapia de compresión.

Dentro del tratamiento local para el manejo de las UV, cabe destacar, la terapia de compresión venosa (TCV) con vendajes y medias para el tratamiento y la prevención de la recurrencia de las UV. Las ventajas de la TCV, según la evidencia científica disponible es que, logra una mayor tasa de cura de UV en comparación a no utilizar compresión, y se asocia a altas tasas de cicatrización.

Autores como Mayberry et al⁽¹⁰⁾, en un estudio a lo largo de 15 años demostraron que se pueden alcanzar tasas del 97% de curación en aquellos pacientes que tienen buena adherencia a la terapia compresiva. Aplicada de forma apropiada, incrementa la velocidad de cicatrización y tiene un papel clave en la prevención de las recidivas^(7,11-13).

El principal criterio de indicación de la TCV, aplica a aquellas personas con úlceras causadas por insuficiencia venosa crónica, que tienen un aporte adecuado de sangre arterial al pie y es más efectiva si se combina con ejercicio físico moderado^(11,12,14-17). A su vez, es el tratamiento de primera elección de las UV no complicadas con enfermedad arterial periférica, trombosis venosa aguda superficial o profunda en las extremidades inferiores, insuficiencia cardíaca aguda o crónica, o celulitis aguda.

En cuanto al abordaje, en la actualidad no hay evidencias que demuestren la existencia de una mayor efectividad de algún apósito o agente tópico específico para la curación completa de las UV. El tratamiento de primera elección de este tipo úlceras siempre estará supeditado al uso de la terapia de compresión aplicada de forma adecuada. Los apósitos de cura húmeda sobre la lesión e incluso otras medidas como el desbridamiento activo de tejidos desvitalizados tiene un papel terapéutico incierto y secundario^(18,19).

Sin embargo, aunque el tratamiento de primera elección en atención primaria es la terapia de compresión, sea con medias de compresión graduada o con vendajes multicapa, siendo al menos una de ellas de tipo elástica, ésta se utiliza muy poco por los profesionales de enfermería^(11,20,21).

Basándonos en que en el Área Sanitaria de A Coruña y Cee, se desconoce cuál es la situación respecto a las solicitudes de aplicación de la TCV y la prevalencia de pacientes con UV en la pierna, atendidos desde Atención Primaria; se planteó como objetivo de este estudio el determinar la frecuencia de utilización de sistemas bicapa de compresión graduada que solicitan los centros a atención primaria de nuestra área sanitaria de influencia y la prevalencia de úlceras venosas.

METODOLOGÍA:

Diseño: Estudio observacional, descriptivo retrospectivo de corte transversal.

Fuente de datos: Base de datos del registro solicitudes de productos para prevención y cura en ambiente húmedo de la Unidad de Heridas de A Coruña. Los

datos obtenidos fueron tratados de manera pseudonimizada para su análisis.

Ámbito: Centros de atención primaria (AP) gestionados por la Gerencia del Área Sanitaria de A Coruña-Cee.

Muestreo: Todas las peticiones y dispensaciones registradas que cumplieran los criterios de selección durante el periodo de recogida.

Periodo de estudio: Estudio de 6 meses de duración con un periodo de corte de 2 meses (de octubre a noviembre de 2018) para la recogida de datos.

Criterios de Selección: Se incluyeron todas las solicitudes en que se indicaba úlceras de etiología venosa en la extremidad inferior, procedencia de AP y dispensación del sistema bicapa

Variables de estudio:

- Edad (en años)
- Sexo (hombre, mujer)
- Uso de sistemas bicapa de compresión graduada (si/no)
- Úlceras de etiología venosa en la extremidad inferior (si/no)

Análisis: Se realizó un análisis descriptivo de las variables, calculando las principales medidas de tendencia central (media, moda, rango y dispersión) y cálculo de porcentajes, para un intervalo de confianza del 95%. El programa estadístico utilizado fue el PSPP (software libre proyecto GNU).

Consideraciones ético-legales: El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de A Coruña-Ferrol, código de registro: 2018/472. También se obtuvo la autorización de la Gerencia del Área Sanitaria para llevarlo a cabo.

RESULTADOS:

En el corte transversal del estudio, que comprendió los meses de octubre y noviembre, se obtuvo una muestra de 678 pacientes que padecían de úlceras en las extremidades inferiores, de los cuales n=347 (51,18%) presentaban UV.

El rango de edad de los pacientes con UV osciló entre los 36 a 102 años, con una media de 76,21 años, IC 95% (75,59 - 78,21), una mediana de 80 años y una moda de 88 años. Por género, la mayor proporción correspondió a las mujeres (56,48%). En la tabla 1 se muestra la distribución por edad y sexo.

	Hombres	Mujeres	Total
Media de Edad en años	73,67	79,4	76,21
Porcentaje por Sexo	43,52%	56,48%	100%
Nº de pacientes	151	196	347

Tabla 1.- Distribución por edad y sexo de pacientes con úlceras venosas.

El número total de pacientes con UV para los que se solicitaron sistemas bicapa de compresión graduada fue de 17 (4,90%). El grupo de edad mayoritario al que se le aplicó (n=10) correspondió al de ≥ 80 años (58,8%).

La población mayor de 14 años atendida en el Área Sanitaria en el año de estudio era de 485.981 personas⁽²⁰⁾ por tanto la prevalencia poblacional estimada de personas con UV en la extremidad Inferior en Atención Primaria de A Coruña-Cee, durante el corte transversal observado fue de 0,07%.

La población >80 años en el área sanitaria era de 44.475 habitantes y en este estudio de 176 pacientes, por lo que la prevalencia de grupo estimada para en este tramo de edad fue de 0,39%.

DISCUSIÓN:

En este estudio se observó como característica personal más destacable, la edad avanzada de los pacientes, el 50% tenía ≥ 80 años; siendo el tramo etario más afectado por la presencia de UV en la pierna, lo que condiciona su abordaje debido a que es el sector de la población que presenta mayor fragilidad, porcentaje de pacientes polimedicados, enfermedades crónicas (hipertensión arterial, dislipemia, diabetes...) y lesiones asociadas a la dependencia.

Así mismo, los pacientes con UV en extremidades inferiores suponen casi una cuarta parte del total de pacientes con heridas (24,08%) y solo el 51,18% de todas las úlceras de las extremidades inferiores. La literatura refleja que las UV suponen un porcentaje de entre el 70% y el 90% de las úlceras en extremidades inferiores, por lo que los resultados de este estudio podrían ser indicativo de la existencia de un infradiagnóstico o subregistro; e incluso un déficit por parte de los profesionales, para indicar la clasificación o diagnóstico diferencial de las UV en la extremidad inferior^(2,21).

Referente al uso de la TCV, el porcentaje de pacientes que recibían dicho tratamiento de compresión (4,9%), se encuentra muy por debajo del registrado en el "Primer Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión y Úlceras de la Pierna", el cual era del 11,6%⁽²¹⁾.

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

En cuanto al porcentaje de pacientes mayores de 79 años tratados con TCV (58,8%) en nuestros centros de AP, este dato concuerda con lo hallado por Petherick; por lo que, a mayor edad del paciente mayores probabilidades de recibir terapia de compresión en comparación con los pacientes más jóvenes⁽²²⁾. La baja utilización de la compresión terapéutica está considerada como un serio problema en el abordaje de las úlceras venosas ya que tiene efectos negativos en cuanto a las oportunidades en el éxito de la cicatrización, sobre la mejora de la calidad de vida de los pacientes y disminuye la eficiencia de la atención sanitaria⁽²³⁾.

La tasa de prevalencia en la población mayor de 14 años en este estudio fue del 0,063%, aproximándose al 0,09% de la hallada por Soldevilla et al⁽²¹⁾, y mucho más baja que la de otros estudios, entre 0,8% y 1%^(3,24). Este resultado podría ser debido a la infrautilización por parte de los profesionales que atienden a estos pacientes en la valoración etiológica de las lesiones en la pierna⁽²¹⁾.

El porcentaje de prevalencia de grupo en la población de ≥ 80 fue de 0,39%. Esta cifra es 6 veces mayor que la prevalencia poblacional, 0,07%, y concuerda con lo hallado en otros estudios^(3,22).

La relevancia de los resultados de este estudio radica no solo en observar cómo estamos actuando ante una patología que repercute negativamente en la calidad de vida, el gasto sanitario, etc.; sino también constatar la falsa percepción de bajo riesgo ante la afectación de venas varicosas o úlceras venosas no consideradas como lesiones importantes que pueden poner en peligro la vida ya que, en algunos casos, pueden provocar complicaciones importantes, como hemorragia mortal⁽²⁵⁾; es por ello que una adecuada valoración y una correcta aplicación de la TVC por profesionales entrenados, aumentando la frecuencia de utilización en pacientes indicados, evitaría posibles complicaciones de su uso y se lograría mejorar de forma más rápida la curación de estas lesiones^(26,27).

CONCLUSIONES:

Considerando los resultados expuestos y la literatura científica revisada se concluye que, se debería incrementar el uso de la terapia compresiva en pacientes con úlceras de etiología venosa, siendo además necesario aumentar la formación específica de los profesionales sanitarios implicados, para lograr una mayor habilidad técnica que permita aumentar la seguridad y la adherencia del paciente.

CONFLICTOS DE INTERÉS:

El autor declara no tener conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA:

1. O'Donnell TF, Passman MA, Marston WA, Ennis WJ, Dalsing M, Kistner RL, et al. Management of venous leg ulcers: Clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery® and the American Venous Forum. *J Vasc Surg.* 2014;60(2):3S-59S.
2. Nettel F, Rodríguez N, Nigro J, et al. Primer consenso latinoamericano de úlceras venosas. Resumen. *Rev Mex Angiol.* 2013;41(3):95-126.
3. Berenguer Pérez M, López-Casanova P, Sarabia Lavín R, González De La Torre H, Verdú-Soriano J. Epidemiology of venous leg ulcers in primary health care: Incidence and prevalence in a health centre—A time series study (2010-2014). *Int Wound J.* 2019;16(1):256-65.
4. Do HTT, Edwards H, Finlayson K. Identifying relationships between symptom clusters and quality of life in adults with chronic mixed venous and arterial leg ulcers. *Int Wound J.* 2016;13(5):904-11.
5. Barber GA, Weller CD, Gibson SJ. Effects and associations of nutrition in patients with venous leg ulcers: A systematic review. *J Adv Nurs.* 2018;74(4):774-87.
6. Petersen MJ. Approach to the differential diagnosis of leg ulcers [Internet]. UptoDate. 2018 [citado 30 de diciembre de 2018]. (Acceso con usuario Sergas).
7. Marola S, Ferrarese A, Solej M, Enrico S, Nano M, Martino V. Management of venous ulcers: State of the art. *Int J Surg Lond Engl.* septiembre de 2016;33 Suppl 1:S132-134.
8. Barnsbee L, Cheng Q, Tulleners R, Lee X, Brain D, Pacella R. Measuring costs and quality of life for venous leg ulcers. *Int Wound J.* 2019;16(1):112-21.
9. Haughey L, Barbul A. Nutrition and Lower Extremity Ulcers: Causality and/or Treatment. *Int J Low Extrem Wounds.* diciembre de 2017;16(4):238-43.

10. Mayberry JC. Fifteen-year results of ambulatory compression therapy for chronic venous ulcers. *Surgery*. 1991;109(5):575-81.
11. O'Meara S, Cullum N, Nelson EA, Dumville JC. Compression for venous leg ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*. 14 de noviembre de 2012;11:CD000265.
12. Nelson EA, Bell-Syer SEM. Compression for preventing recurrence of venous ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*. 9 de septiembre de 2014;(9):CD002303.
13. de Carvalho MR, de Andrade IS, de Abreu AM, Leite Ribeiro AP, Peixoto BU, de Oliveira BGRB. All about compression: A literature review. *J Vasc Nurs Off Publ Soc Peripher Vasc Nurs*. 2016;34(2):47-53.
14. [British Association of Dermatologists. Venous Leg Ulcer \[Internet\]. 2020. \[citado 30 de diciembre de 2020\].](#)
15. Bissacco D, Viani MP. Multicomponent compression stockings in chronic venous leg ulcer treatment A review of the current literature. *Ann Ital Chir*. 2017;88:67-72.
16. Welsh L. What is the existing evidence supporting the efficacy of compression bandage systems containing both elastic and inelastic components (mixed-component systems)? A systematic review. *J Clin Nurs*. mayo de 2017;26(9-10):1189-203.
17. Armstrong DG, Meyr AJ. Compression therapy for the treatment of chronic venous insufficiency [Internet]. UpToDate; 2019. (Acceso con usuario Sergas).
18. Norman G, Westby MJ, Rithalia AD, Stubbs N, Soares MO, Dumville JC. Dressings and topical agents for treating venous leg ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*. 15 de junio de 2018;6(6).
19. Hall L, Adderley U. Active debridement of venous leg ulcers: A literature review to inform clinical practice. *Br J Community Nurs*. 2019;24:S24-9.
20. [Xerencia de Xestión Integrada de A Coruña. Memoria anual 2018 \[Internet\]. 2019. \[citado el 30 diciembre de 2020\].](#)
21. Soldevilla J, Torra JE, Verdú J, Rueda J, Martínez F, Roche E. Epidemiology of chronic wounds in Spain: results of the first national studies on pressure and leg ulcer prevalence. *Wounds*. 2006;18:213-26.
22. Petherick ES, Cullum NA, Pickett KE. Investigation of the Effect of Deprivation on the Burden and Management of Venous Leg Ulcers: A Cohort Study Using the THIN Database. *PLoS ONE*. 2013;8(3):e58948.
23. Harding K. Challenging passivity in venous leg ulcer care - the ABC model of management. *Int Wound J*. 2016;13(6):1378-84.
24. Böhler K. Das venöse Ulcus cruris. *Wien Med Wochenschr*. 2016;166(9-10):287-92.
25. Serra R, Ielapi N, Bevacqua E, Rizzuto A, De Caridi G, Massara M, et al. Haemorrhage from varicose veins and varicose ulceration: A systematic review. *Int Wound J*. 2018;15(5):829-33.
26. Andriessen A, Apelqvist J, Mosti G, Partsch H, Gonska C, Abel M. Compression therapy for venous leg ulcers: risk factors for adverse events and complications, contraindications - a review of present guidelines. *J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV*. septiembre de 2017;31(9):1562-8.
27. Lurie F, Bittar S, Kasper G. Optimal Compression Therapy and Wound Care for Venous Ulcers. *Surg Clin North Am*. abril de 2018;98(2):349-60.

ÚLCERA HIPERTENSIVA DE MARTORELL. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

HYPERTENSIVE ULCER OF MARTORELL. BIBLIOGRAPHIC REVIEW

Autores:  Jéssica Seco-Franco (*)

(*) Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Área sanitaria de Ferrol.

Contacto: jessica.seco.franco@sergas.esFecha de recepción: 05/10/2020
Fecha de aceptación: 15/12/2020Seco-Franco J. Úlcera hipertensiva de Martorell. Revisión bibliográfica. *Enferm Dermatol.* 2020; 14(41): e01-e08. DOI: 10.5281/zenodo.4412191**RESUMEN:**

Objetivo: Conocer las pautas de diagnóstico, tratamiento y diseño de planes de cuidados con taxonomía enfermera para pacientes con úlcera de Martorell.

Metodología: Se realizó una búsqueda bibliográfica en seis bases de datos biomédicas. La selección de las publicaciones se hicieron en base a criterios previamente establecidos y a un proceso de lectura crítica. Se revisaron también varias guías clínicas sobre el tema.

Resultados: La bibliografía disponible sobre úlceras de Martorell no es demasiado extensa. La mayor parte de la producción científica son casos clínicos o series de casos. Fueron seleccionadas 27 publicaciones. El diagnóstico de la úlcera de Martorell es fundamentalmente clínico. La historia clínica del paciente, las características de la lesión, su localización y la presencia de dolor de difícil control deben orientar al profesional hacia este diagnóstico. El uso de la biopsia como prueba de confirmación es controvertido. El tratamiento se basa en el control de la hipertensión arterial (educación y tratamiento antihipertensivo), el manejo del dolor y el tratamiento local. En el abordaje local se presentan múltiples alternativas (conservadoras o quirúrgicas).

Conclusiones: El éxito en el abordaje de las úlceras de Martorell viene dada por dos puntos clave: el diagnóstico diferencial y el tratamiento. Suponen un importante detrimento en la calidad de vida del paciente por lo que se debe enfatizar en su prevención primaria. Es necesaria mayor formación de los profesionales en este campo y potenciar la investigación y el uso de las taxonomías enfermeras estandarizadas.

Palabras clave: úlcera de Martorell, úlcera hipertensiva, diagnóstico diferencial, tratamiento, enfermería, planes de cuidados.

ABSTRACT:

Objective: To know the guidelines for diagnosis, treatment and design of care plans with nursing taxonomy for patients with Martorell's ulcer.

Methodology: A bibliographic search was carried out in six biomedical databases. The selection of publications was made based on pre-established criteria and a critical reading process. Several clinical guidelines on the subject were also reviewed.

Results: The available bibliography on Martorell's ulcers is not too extensive. Most of the scientific production is clinical cases or case series. Twenty-seven publications were selected. The diagnosis of Martorell's ulcer is fundamentally clinical. The patient's clinical history, the characteristics of the lesion, its location and the presence of pain that is difficult to control should guide the professional towards this diagnosis. The use of biopsy as a confirmation test is controversial. Treatment is based on the control of high blood pressure (education and antihypertensive treatment), pain management, and local treatment. Multiple alternatives (conservative or surgical) are presented in the local approach.

Conclusions: The success in the approach of Martorell's ulcers is given by two key points: differential diagnosis and treatment. They are a major detriment to the patient's quality of life, so emphasis should be placed on primary prevention. It is necessary to train more professionals in this field and to promote research and the use of standardized nursing taxonomies.

Key words: Martorell's ulcer, hypertensive ulcer, differential diagnosis, treatment, nursing, care plans.

INTRODUCCIÓN:

La palabra “úlceras” hace referencia a la solución de continuidad con pérdida de sustancia en los tejidos orgánicos, según la definición de la Real Academia de la Lengua Española ⁽¹⁾. De esta forma, este término se puede utilizar para hacer referencia a la interrupción de la pared de cualquier órgano, centrándonos aquí en las úlceras cutáneas.

Dentro del campo de la dermatología estas se clasifican como lesiones elementales secundarias que cicatrizan por segunda intención, siendo frecuentemente un síntoma de otra enfermedad subyacente ⁽²⁾.

En el caso de la úlcera hipertensiva de Martorell o angiodermatitis necrótica, la base etiopatogénica se corresponde con la hipertensión arterial (HTA) de larga evolución y su mal control, especialmente con la elevación de las cifras de presión arterial diastólica en miembros superiores ⁽³⁻⁷⁾.

Característicamente se produce una lesión arteriolar, consistente en la hipertrofia uniforme de las arteriolas y su obstrucción por acúmulos de fibrina, que provocan reducción de la perfusión de los tejidos adyacentes y una isquemia local, con la consecuente aparición de la úlcera, y sin afectación de las grandes arterias, por lo que los pulsos distales son habitualmente perceptibles ^(3,4,7,8).

Clínicamente comienzan como una mancha rojiza en la piel, que rápidamente adquiere aspecto cianótico y da lugar a la aparición de la lesión, superficial, con lecho grisáceo y escaso tejido de granulación, además de tendencia a extenderse ⁽³⁻⁵⁾. Otras características de su presentación clínica son los bordes irregulares e hiperémicos, su localización típica en región supramaleolar anterolateral de la pierna o tendón de Aquiles, y que son extremadamente dolorosas ^(3,4).

Algunas de estas particularidades se conocen ya desde su primera descripción, en 1945 por el español Fernando Martorell, de quien toman su nombre propio, que las definía como “*úlceras supramaleolares por arteriolitis en grandes hipertensas*” ^(3,7,8). Y es que ya entonces se observaba que existía una mayor predisposición a la aparición de estas lesiones en el sexo femenino.

A nivel epidemiológico, las úlceras de miembros inferiores en general son un motivo de consulta frecuente, especialmente en el ámbito de atención primaria. Su

prevalencia aumenta con la edad, y actualmente, teniendo en cuenta el aumento de la esperanza de vida en nuestro país, cabe esperar un aumento en la prevalencia e incidencia total de las úlceras ^(9,10).

Concretamente las úlceras hipertensivas son una etiología poco frecuente de úlceras en miembros inferiores, representando entre un 3 y un 4% de las mismas, aunque no es una causa rara y muchas veces se confunde con otras entidades, dando lugar a un importante infra-diagnóstico ^(3,8,10).

En este sentido, un estudio realizado en Alicante sobre la correcta identificación de úlceras de Martorell entre estudiantes y profesionales de enfermería demostró que, aunque el 60,9% de los encuestados referían tener conocimientos sobre heridas crónicas solamente el 20,8% del total diagnosticaron correctamente una úlcera de Martorell y sólo uno de cada cuatro indicaron correctamente su tratamiento ⁽¹¹⁾.

Su prevalencia oscila entre el 0,5 y 1%, con una incidencia de cuatro a seis nuevos casos por 1000 habitantes y año ^(3,8). Afecta a pacientes desde los 40 a los 85 años de edad, considerándose el sexo femenino con HTA de larga evolución como factor de riesgo ^(3,8). En este grupo concreto, la prevalencia se sitúa entre el 15 y el 18 %, con una incidencia estimada de 20 a 25 nuevos casos por 1000 habitantes y año, con una importante concentración de estas lesiones en las mujeres mayores de 65 años de edad con esta patología de base ^(3,8). Al mismo tiempo, la diabetes mellitus también ha demostrado ser un factor de riesgo sinérgico para la aparición de úlceras de Martorell, estando presente hasta en un 58-60% de los casos ^(3,12,13).

La aparición de úlceras cutáneas disminuye notablemente la calidad de vida del paciente afectado, debido entre otros motivos al dolor y sufrimiento crónico, además de la necesidad de curas frecuentes durante un largo periodo de tiempo ^(3,5,6,8,10).

Por otro lado, a nivel sanitario estas lesiones implican un problema de salud de importante magnitud por el sobre-coste económico que generan y el aumento en la carga de trabajo de los profesionales implicados en sus cuidados ^(3,5,6,8,10).

Su abordaje supone además un reto, puesto que las causas de las úlceras cutáneas son prácticamente ilimitadas, siendo fundamental establecer una categorización de la úlcera e identificar su agente causal para establecer un tratamiento efectivo ⁽⁹⁾. Para ello los profesionales deben de tener en cuenta diferentes aspectos:

datos clínicos, experiencia profesional, evidencias científicas, protocolos, guías, y, por supuesto, las preferencias del paciente en la elección del tratamiento; lo que motiva una considerable variabilidad en la toma de decisiones.

El objetivo de esta revisión fue por tanto conocer y establecer unas pautas generales para el diagnóstico y tratamiento de las úlceras Martorell, según la bibliografía disponible y en base a criterios de rigor científico, que permitan el diseño de planes de cuidados individualizados, utilizando las taxonomías NANDA-NOC-NIC, como base para el abordaje enfermero de las mismas.

METODOLOGÍA:

El proceso de búsqueda de datos para la revisión bibliográfica se ha realizado en las siguientes bases de datos y repositorios de ciencias de la salud: DIALNET, Scielo, LILACS, IBECS, CUIDEN y PubMed.

Las palabras clave utilizadas en la búsqueda bibliográfica fueron: *úlceras hipertensiva*, *úlceras Martorell*, *hipertensive ulcer* y *Martorell ulcer*.

Además, se realizó una búsqueda con el metabuscador de Google Académico, seleccionando los artículos más relevantes y varias guías de práctica clínica sobre úlceras y heridas avaladas por diferentes sociedades científicas u organismos de carácter público relacionados con en el ámbito sanitario.

Para la selección de las publicaciones a revisar se han establecido previamente unos criterios de inclusión y exclusión, los cuales fueron:

Criterios de inclusión

- Idioma de la publicación: gallego, castellano, catalán, portugués e inglés.
- Fecha de publicación: desde 1990 hasta la fecha de realización de la revisión.

Criterios de exclusión

- Tipo de publicación: cartas al director, comunicaciones en congresos (*).

(*) Se excluirán de esta norma aquellas publicaciones que por su contenido se consideren relevantes.

Con respecto a estos criterios cabe aclarar que la decisión de establecer un margen de tiempo tan amplio se debe a la escasez de publicaciones sobre el tema, asumiendo un análisis exhaustivo de aquellas más antiguas para evitar que interfirieran en la calidad científica final de la revisión.

Por último, en una segunda fase de cribado se han revisado los resúmenes de las publicaciones que cumplieran con los criterios de inclusión, desestimando aquellas que no abordaban los objetivos de la presente revisión.

RESULTADOS:

Como resultado de la búsqueda bibliográfica en las mencionadas bases de datos se han obtenido un total de 108 documentos. Tras la aplicación de los criterios de selección referenciados en el apartado anterior, se han seleccionado un total de 27 publicaciones, cuyos datos (título, tipo de estudio, base de datos y año de publicación) se recogen en la **tabla 1**.

De las publicaciones reseñadas, cuatro de ellas (referencias bibliográficas 14, 25, 30 y 32) se han revisado aun cuando no se incluían en los criterios de selección ya que se ha considerado que su contenido era de relevancia para la presente revisión.

Las guías de práctica clínica y protocolos incluyen la “*Guía de práctica clínica en úlceras de miembros inferiores*” (2) editada por la Generalitat Valenciana, la “*Guía práctica de úlceras de la extremidad inferior*” (3) del Servicio Gallego de Salud, la “*Guía de práctica clínica: Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético*” (4) de la Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas, el “*Manual de úlceras crónicas de MMII*” (5) publicado por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, las guías “*Maneig de les úlceres vasculares*” (6) y “*Maneig i tractament d’úlceres dèxtremitats inferiors*” (8) del Institut Català de la Salut, la “*Guía de práctica clínica*” (7) del Servicio Andaluz de Salud y el protocolo “*Úlceras cutáneas: diagnóstico diferencial y tratamiento*” (9) publicado por la Sociedad Española de Heridas.

A la vista de los resultados obtenidos, la bibliografía disponible en bases de datos sobre las úlceras hipertensivas no es demasiado extensa, con la desventaja añadida de que el tipo de publicaciones más abundantes son de casos clínicos o series de casos que aportan experiencias profesionales con respecto a pacientes concretos, siendo escasos los estudios clínicos, artículos originales o revisiones bibliográficas que abordan esta temática.

En cuanto a su contenido, la mayor parte hacen referencia al diagnóstico y tratamiento de las úlceras de Martorell desde la perspectiva de los profesionales sanitarios, sin ahondar en las experiencias o percepciones del paciente y con escasas menciones a planes de cuidados realizados en base a las taxonomías enfermeras estandarizadas.

Título de la publicación	Tipo de estudio	Base de datos	Año de publicación
Úlceras hipertensivas de Martorell. Una complicación infrecuente de la hipertensión arterial. ¹⁴	Carta clínica: caso clínico	DIALNET	2019
Caso de una úlcera hipertensiva de Martorell: importancia de una buena anamnesis y diagnóstico para su resolución. ¹⁵	Caso clínico	DIALNET	2017
Úlcera de Martorell: complicación infrecuente de la hipertensión de larga evolución. ¹⁶	Caso clínico	DIALNET	2011
Uso de plasma rico en plaquetas para cicatrización de úlceras crónicas de miembros inferiores. ¹⁷	Estudio clínico	DIALNET	2014
¿Duelen las úlceras cutáneas, o realmente duele como las tratamos? ¹⁸	Artículo original	DIALNET	2015
Protocolo diagnóstico de las úlceras cutáneas. ¹⁹	Artículo original	DIALNET	2014
Abordaje de una úlcera complicada con diagnóstico de úlcera de Martorell. ²⁰	Caso clínico	DIALNET	2008
Úlcera hipertensiva de Martorell: relato de caso. ²¹	Caso clínico	Scielo	2006
Úlcera isquémica hipertensiva e simpatectomía lomber. ²²	Estudio clínico	LILACS	1997
Tratamiento ambulatorio de la úlcera arteriolar hipertensiva de Martorell. ²³	Serie de casos	LILACS	1996
Úlcera hipertensiva de Martorell. ²⁴	Serie de casos	LILACS	1991
Úlcera isquémica hipersensitiva: un nuevo enfoque terapéutico. ²⁵	Caso clínico	LILACS	1986
Úlcera hipertensiva de la pierna. ²⁶	Artículo original	LILACS	1999
Úlcera arteriolar hipertensiva de Martorell. ²⁷	Serie de casos	LILACS	1997
Oxigenoterapia hiperbárica no tratamiento da úlcera de Martorell: revisao da literatura e relato de tres casos. ²⁸	Serie de casos	LILACS	2003
Tratamiento de úlceras vasculares crónicas con equivalentes cutáneos obtenidos mediante ingeniería tisular. ²⁹	Estudio clínico	IBECS	2003
Tratamiento de la úlcera isquémica hipertensiva de Martorell con microinjertos autólogos en sello. ³⁰	Carta clínica: serie de casos	IBECS	2018
Casos clínicos tratados con la tecnología lípido coloidal (TLC). ³¹	Serie de casos	IBECS	2016
Oxigenoterapia hiperbárica en el tratamiento de una úlcera de etiología hipertensiva. ³²	Carta al director: caso clínico	CUIDEN	2014
A novel association of Martorell ulcer with liddle syndrome. ³³	Caso clínico	PubMed	2019
A challenging diagnosis of leg ulcer. ³⁴	Caso clínico	PubMed	2018
Painful leg ulceration in a poorly controlled hypertensive patient: a case report of Martorell ulcer. ³⁵	Caso clínico	PubMed	2017
Martorell's ulcer: diagnostic and therapeutic challenge. ³⁶	Caso clínico	PubMed	2015
Martorell ulcer. ³⁷	Artículo original	PubMed	2013

Surgical approach to atypical wounds (clinical cases). Subcutaneous ischemic arteriolosclerosis (Martorell ulcer, calciphylaxis, eutrophication). ³⁸	Serie de casos	PubMed	2012
Use of a spinal cord stimulator for treatment of Martorell hypertensive ulcer. ³⁹	Caso clínico	PubMed	2011
Management of a hypertensive ulcer with an epidermal growth factor-based formulation. ⁴⁰	Artículo original	PubMed	2008

Tabla 1: Publicaciones revisadas.

DISCUSIÓN:

Las causas de las úlceras de miembros inferiores pueden ser diversas: traumática, vascular, metabólica, neurológica, neoplásica, etc. (2-9,21). Por ello ante la presencia de un paciente con úlcera cutánea crónica es importante la realización de una adecuada historia clínica, en la que, además de incluir datos como el sexo o la edad del paciente, se preste especial atención a la presencia de factores de riesgo vascular, a la situación de movilidad del paciente, así como a la presencia de otras enfermedades, datos importantes para la realización posterior de un diagnóstico diferencial (2-9,15,19,21).

En este sentido, tal y como se repite en la bibliografía consultada, las úlceras hipertensivas de Martorell presentan mayor prevalencia en mujeres, aunque pueden aparecer indistintamente en ambos sexos, y son más frecuentes a partir de los 60 años de edad (2-9,15,16,19-21,23,26,27,33-36).

Los antecedentes de episodios vasculares y los factores de riesgo vascular también son habituales en estos pacientes, detectándose sobrepeso según la bibliografía aproximadamente en el 30-50 % de los casos (14,15,20,21,23,27,33-35).

Paralelamente, el antecedente de hipertensión arterial, de predominio diastólico, de larga evolución y mal controlada, aparece en el 100% de los casos y nos debe orientar hacia esta categorización (2-9,14-16,19-21,23,26,27,33-38).

Además de la hipertensión, hasta un 40-60% de los pacientes con úlcera de Martorell presentan diabetes mellitus, lo cual agrava el cuadro significativamente, debido al aumento de la resistencia vascular y las alteraciones neuropáticas que se asocian a esta enfermedad crónica (2-9,14,15,20,21,26,27,33,35,37,38).

En cuanto a la anamnesis inicial en un paciente con úlcera cutánea de miembros inferiores es importante valorar su forma de aparición, realizar una observación

y descripción pormenorizada de la úlcera, fijándose en su aspecto general, los bordes, el lecho ulceral y el tejido perilesional, y preguntar además por los síntomas asociados y la evolución que ha seguido la lesión hasta la fecha de consulta (2-9,15,19).

Las úlceras de Martorell en numerosas ocasiones se relacionan con un traumatismo previo, aunque ocasionalmente pueden aparecer de manera espontánea (2-9,15,26).

Inicialmente, como ya se ha comentado en la introducción, se suele producir una mancha rojiza con bordes irregulares en la piel, que rápidamente adquiere aspecto cianótico y da lugar a la aparición de la lesión (3-5,26). La zona comprometida evoluciona rápidamente hacia la aparición de la lesión, cuyas características de presentación clínica incluyen bordes irregulares y púrpuras que impiden establecer una diferencia clara entre piel sana y patológica, lecho con aparición de placa necrótica superficial y escasez de tejido de granulación, y eritema perilesional (3,15,19,20,23,26,27,35-38).

Su localización típica en el tercio medio o tercio inferior de la pierna, en la parte lateral supramaleolar externa o en el tendón de Aquiles (3-9,14,19-21,27,33,36,38). Aun así, se han descrito casos de úlceras de Martorell en otras localizaciones menos comunes, como puede ser en la zona gemelar (20).

Su presentación suele ser bilateral, aunque con frecuencia las lesiones aparecen de manera secuencial, pudiendo observarse una úlcera de manera unilateral con la presencia de una mancha o cicatriz hipercrómica contralateral (14,19,21,26,36).

En lo que se refiere a los síntomas asociados, la bibliografía destaca de manera unánime que se trata de unas lesiones extremadamente dolorosas, valorado incluso por los pacientes como 10 sobre 10 en base a la escala visual analógica (EVA), desde el inicio e independientemente de su tamaño (2-9,14,15,19-21,23,26,27,33,34-38). Este dolor puede aparecer de manera espontánea o al menor contacto físico, aun cuando el paciente cuente con tratamiento analgésico pautado (14,15,20,26).

En algunos casos, como los descritos por los autores Guinot et al. y Romo Sanz et al., el dolor es tan intenso que interfiere incluso en el sueño de los pacientes y afecta negativamente a su estado de ánimo y calidad de vida (15,20).

Por último, la evolución de la lesión suele ser tórpida, con una extensión progresiva desde los bordes que se puede prolongar durante semanas, y, aunque en el caso

de las úlceras hipertensivas de pequeño tamaño puede producirse una curación espontánea, existe tendencia a la aparición de recidivas (15,26,27).

Así, el diagnóstico de las úlceras hipertensivas de Martorell es básicamente clínico, mediante la recopilación de los datos referidos anteriormente en cuanto a la historia clínica y la anamnesis (2-9,15,19,21,35,36). A pesar de ello, los profesionales tienen la posibilidad de descartar otras posibles etiologías y fundamentar un diagnóstico diferencial para estas lesiones, recurriendo a la exploración física de los miembros inferiores y la realización de determinadas pruebas complementarias (2-9,20,21,26,33,36).

En este sentido no debe confundirse con pioderma gangrenoso, ya que su presentación clínica es similar y su tratamiento de elección, la inmunosupresión con prednisolona, podría agravar la situación de la úlcera de Martorell (35). Para su diferenciación se deberían tener en cuenta la ausencia de factores predisponentes asociados y la ausencia de los bordes púrpura típicos de las lesiones que nos ocupan (35).

En la exploración física de los miembros inferiores lo más destacable es la presencia de pulsos distales, pedio y tibial posterior, en la mayoría de los pacientes, lo que permitiría diferenciar la lesión de otra de etiología arterial en la que los pulsos habitualmente son débiles o están ausentes (2-9,14,15,19,21,26,33,36).

Una excepción sería la que se produce en los pacientes ancianos y diabéticos con este tipo de lesiones, que tal y como describen Bombin et al., podrían presentar grados variables de disminución de pulsos distales, debido a ateromatosis distales, pero sin signos de isquemia crítica que pudiesen explicar la lesión ulcerada de la pierna (26).

Además, en el caso de pacientes con úlceras de etiología hipertensiva exclusiva no se observa palidez, frialdad ni pérdida de uñas o dedos en la extremidad, datos subjetivos de úlcera arterial, la sensibilidad y exploración neurológica son normales a diferencia de los casos de úlceras neuropáticas, y no existen signos de insuficiencia venosa (2-9,15,19,20,21,33,34,36).

En lo que se refiere a pruebas complementarias, varias publicaciones hacen mención al uso del índice tobillo brazo (ITB) o índice de Yao, que generalmente es normal; al uso del eco doppler o estudios angiográficos, para descartar lesiones en troncos arteriales o problemas venosos; así como a la realización de analíticas de sangre, que puedan excluir enfermedades hematológicas o de tipo autoinmune (2-9,14,20,26,34,35,36).

La prueba que genera más controversia a nivel científico es la biopsia, no existiendo un consenso claro sobre su utilización. Algunos autores, como Hermida et al., consideran innecesario el estudio anatomopatológico ⁽²³⁾. En otros artículos, como el de Kluger et al., recomiendan el uso de la biopsia cutánea de los bordes de la herida solo para garantizar el diagnóstico diferencial en los casos atípicos ⁽³⁷⁾. Por el contrario, varias publicaciones concluyen que el diagnóstico es histológico, con presencia de hialinosis arteriolar, engrosamiento subendotelial de las arteriolas por arterioesclerosis y necrosis secundaria de los plexos dérmicos superficial o profundo; o bien la han utilizado en el proceso de valoración de los casos que presentan ^(14,16,26,27,33-36). Así, algunos artículos describen incluso como realizar esta biopsia, señalando que esta debe ser profunda y llegando hasta la fascia, iniciando la toma de muestra en tejido sano y extendiéndose por el área necrótica ^(14,21).

En última instancia, el haber realizado una buena anamnesis y diagnóstico diferencial, va a determinar el éxito en la elección del régimen de tratamiento a seguir. En el caso que nos ocupa, la úlcera hipertensiva o angiodermatitis necrótica, los tres pilares básicos del régimen terapéutico son el control de la hipertensión arterial, el manejo del dolor y el tratamiento local ^(2-9,15,26,27,36,37).

El control de la hipertensión arterial es, además de uno de los objetivos del tratamiento, la única medida de prevención primaria descrita en la bibliografía como eficaz, junto con el control de los factores de riesgo para desarrollar la propia hipertensión, como son el sedentarismo, sobrepeso/obesidad, tabaquismo, etc.; así como el evitar traumatismos ^(2-9,16,34,36). Para su control se recurre a la modificación de estilos de vida (dieta hiposódica, control de peso, ejercicio físico, etc.) y tratamiento con fármacos antihipertensivos ^(2-9,21,26,27,36,40). Así, según describen algunos autores, se ha observado que, la corrección de las cifras de presión arterial hasta alcanzar valores objetivo y la normalización de los valores de glucemia, resultan eficaces en la evolución de la lesión ^(20,36).

En segundo lugar, el tratamiento del dolor es de esencial importancia, ya que impide no solo mejorar la calidad de vida del paciente, sino que ralentiza el proceso cicatricial de la lesión y dificulta, para los profesionales sanitarios, la realización de los cuidados locales de la misma ^(18,20). Para ello se pueden utilizar analgésicos ordinarios, del tipo antiinflamatorios no esteroideos, y siguiendo la escala analgésica de la Organización Mundial de la Salud, para los casos más severos los opioides, vía oral o transdérmica, serán los fármacos de elección ^(18,20,21,27,34,36).

El uso tópico de crema anestésica a base de lidocaína previa a la realización de las curas, los apósitos liberadores de ibuprofeno y la infiltración anestésica local también se ha utilizado con éxito ^(18,20,24,27). Otra alternativa descrita con buenos resultados a nivel de control de dolor, es el uso de la terapia de estimulación de la médula espinal, consistente en el uso de pequeños electrodos que estimulan ciertos puntos de la médula espinal, influyendo en la transmisión de las señales de dolor hacia el cerebro ^(21,25,36,39). Como beneficios añadidos a esta técnica según la bibliografía figuran disminución del tamaño de la úlcera, disminución de los requerimientos de oxígeno y menor número de episodios de claudicación; probablemente por la redistribución del flujo sanguíneo hacia el área de isquemia y la normalización de la actividad del sistema nervioso ⁽³⁹⁾.

Por último, sobre el tratamiento local de la úlcera es sobre lo que más se centran las publicaciones revisadas, sin existir unificación clara en los criterios a seguir, se plantea la posibilidad de elegir entre terapias más conservadoras u otras más drásticas e intervencionistas ^(14,15,21,26). Entre las medidas de tratamiento conservador se encuentran: curas en ambiente húmedo con resección ambulatoria de la necrosis y utilización de desbridamiento autolítico o enzimático, la terapia compresiva según los valores obtenidos en la valoración del ITB, la terapia de presión negativa, el uso de la cámara hiperbárica o la inyección endovenosa de prostaglandinas ^(2-9,15,16,23,26,27,30,38). En general, este tipo de tratamientos, con una pauta analgésica adecuada, suelen ser bien aceptados y tolerados por los pacientes ^(20,23).

El tratamiento siguiendo los principios de las curas en ambiente húmedo no difiere del de otro tipo de lesiones, según las características observadas y la evolución de la lesión se deben seleccionar los apósitos y productos más adecuados para conseguir el desbridamiento de la herida, el control de la carga bacteriana, la gestión del exudado y el cuidado de los bordes y la piel perilesional ⁽³⁾. En este sentido Guinot et al. puntualizan que los cambios demasiado frecuentes pueden provocar un retraso en la reproducción celular, y consecuentemente en la resolución de la lesión, al disminuir la temperatura de la dermis de manera reiterada, y hacen referencia a la aplicación de cremas de corticoides en los bordes de estas lesiones, con el objetivo de estabilizar la fase inflamatoria ⁽¹⁵⁾.

El uso de plasma rico en plaquetas o de factor de crecimiento plaquetario, demostró ser eficaz, aunque no existen evidencias para recomendar su uso sobre la atención habitual con gel amorfo ^(3,17).

A nivel local también se ha descrito el uso de una formulación basada en factor de crecimiento epidérmico recombinante humano, que logró la granulación completa a los 49 días de uso, sin aparición de eventos adversos, o el uso de tecnología lípido coloidal que contribuyó a la cicatrización de la lesión en aproximadamente tres meses como describen Hinojosa et al. (31,40)

Sobre la terapia de presión negativa (TPN) o vacuum-assisted closure (VAC®), se describe su uso tras la retirada de la escara necrótica con resultados positivos en cuanto a tiempo de tratamiento, pero con respuestas diferentes a nivel de confort (33,34).

Relativo a la oxigenoterapia hiperbárica, que consiste en el suministro de oxígeno puro en un entorno presurizado por encima de la presión atmosférica, existen varias referencias en la bibliografía sobre su uso como complemento en el tratamiento de heridas crónicas (14,24,28,32,36). En el caso de las úlceras de Martorell los resultados son favorables, aunque su nivel de evidencia en estos pacientes es bajo (14,24,28,32,36).

La mayor parte de la bibliografía apoya el uso de estas medidas conservadoras especialmente en las lesiones de pequeño tamaño o en el tratamiento inicial, recurriendo posteriormente al tratamiento quirúrgico si fuese necesario (14,16,26). Así se resalta que el tratamiento más rápido y efectivo es la cirugía, especialmente para un adecuado control del dolor, asociándose incluso a una menor frecuencia de recidiva local alejada de la úlcera, con un desbridamiento del tejido necrótico y zona periférica preneocrótica, junto con la colocación de injertos autólogos, que pueden realizarse de manera inmediata tras la intervención o diferida en el tiempo (15,16,24,29,30).

Otra alternativa quirúrgica es la simpatectomía lumbar que mejoraría sustancialmente la circulación arterial cutánea, al bloquear los vasoespasmos y reducir la resistencia vascular (22,26,34). Esta técnica ha demostrado ser efectiva en el control del dolor, pero existe controversia sobre su contribución a la curación de la úlcera y no existe evidencia de que por sí sola sea capaz de proteger de una recidiva (3,22,26,34).

A mayores es preciso señalar que no está indicado el tratamiento revascularizador en la úlcera hipertensiva y el uso de la anticoagulación puede producir beneficios si se prescribe de manera crónica, aunque su uso es discutido actualmente (3,14,36).

Finalmente, la valoración realizada y el tratamiento deben quedar registrados. A nivel de enfermería se cuenta con las taxonomías estandarizadas NANDA –

NOC – NIC para la elaboración de planes de cuidados que permitan reflejar esta información y valorar con base metodológica la evolución del paciente, pero solamente dos publicaciones hacen referencia a su uso (7,18).

La guía del Servicio Andaluz de Salud, menciona los relativos a la propia lesión: “Riesgo de deterioro/Deterioro de la integridad cutánea” y “Deterioro de la integridad tisular”, con sus respectivos criterios de resultado NOC e intervenciones NIC (7).

Por otro lado, el artículo publicado por Palomar Llatas et al., aborda el dolor en las úlceras cutáneas y menciona la posibilidad de utilizar los diagnósticos “Dolor agudo” o “Dolor crónico”, según la situación (18). Además, en esta publicación se menciona la relación de estos dos diagnósticos NANDA con los recogidos en la publicación anterior, y otros a tener en cuenta a la hora de diseñar planes de cuidados individualizados en pacientes con este tipo de lesiones, como pueden ser “Gestión ineficaz de la propia salud”, “Riesgo de infección”, “Trastorno de la imagen corporal” o “Sufrimiento espiritual” (18).

CONCLUSIONES:

El éxito en el abordaje de las úlceras hipertensivas de Martorell viene dada por dos puntos clave: el diagnóstico diferencial y el tratamiento.

En cuanto al diagnóstico debe fundamentarse en sus características de clínicas: mayor prevalencia en el sexo femenino y a partir de los 60 años, antecedentes de hipertensión de larga evolución y mal control asociada en muchas ocasiones a diabetes mellitus, localización típica en la región supramaleolar externa en tercio medio o inferior de la pierna y con bordes hiperémicos, que característicamente se asocia a un intenso dolor. La utilización de pruebas complementarias ayudará al diagnóstico diferencial, siendo controvertido el uso de biopsia profunda para su confirmación final.

En cuanto al tratamiento, no existen unas directrices claras en la bibliografía, pudiendo optar por diferentes terapias conservadoras, a través de curas locales en ambiente húmedo, o por la realización de un abordaje más drástico, mediante cirugía e injertos, combinación que ha demostrado ser la técnica más eficaz. Paralelamente existen otras muchas opciones terapéuticas coadyuvantes o alternativas.

Su aparición va a suponer un importante detrimento en la calidad de vida del paciente por lo que se debe enfatizar en su prevención primaria, a través de la educación

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

sanitaria del paciente y su familia sobre la hipertensión arterial y los factores de riesgo vascular asociados en cada caso, y la necesidad de un diagnóstico precoz.

La complejidad de las úlceras hipertensivas y el previsible aumento de su prevalencia, debido al aumento de la esperanza de vida, motivan la necesidad de formación de los profesionales sanitarios, en particular de la enfermería de atención primaria. Necesidad que se potencia si se tiene en cuenta su elevado infradiagnóstico, confundiendo las úlceras de Martorell con otro tipo de lesiones, y las consecuencias negativas que conlleva debido a la elección de un tratamiento erróneo.

Por último, esta revisión bibliográfica ha permitido poner de manifiesto que se requiere mayor investigación y la creación y difusión de protocolos y guías de práctica clínica actualizadas, que permitan al personal sanitario establecer un plan diagnóstico y de tratamiento adecuado y basado en evidencia científica, así como potenciar, por parte de la enfermería el uso de las taxonomías estandarizadas en la creación de planes de cuidados individualizados.

CONFLICTOS DE INTERÉS:



La autora manifiesta no tener conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Diccionario de la lengua española. Real Academia Española. Actualización 2019.
2. Unidad de enfermería dermatológica, úlceras y heridas. Guía de práctica clínica en úlceras de miembros inferiores. Valencia: Hospital general de Valencia, Generalitat Valenciana, Agencia Valenciana de Salud; 2004.
3. García Martínez MB, Raña Lama CD. Guía práctica de úlceras de la extremidad inferior. [Guía práctica nº 2]. En: Rumbo Prieto JM, Raña Lama CD, Cimadevila Álvarez MB, Calvo Pérez AI, Fernández Segade J, editores. Colección de guías prácticas de heridas del Servicio Gallego de Salud. Santiago de Compostela (A Coruña): Xunta de Galicia. Consellería de Sanidad. Servicio Gallego de Salud; 2016.
4. Asociación Española de Enfermería Vasculare y Heridas. Guía de práctica clínica: Consenso sobre úlceras vasculares y pié diabético. Tercera edición. Madrid: AEEVH, 2017.
5. Caparrós Cervantes AM, Martín Espinosa MT, Moh Al-lal Y, Montoro Robles MI, Mohamed Villanueva E, Pérez Martínez I. Manual de úlceras crónicas en MMII. Madrid: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, 2019.
6. Capillas Pérez RM, Castillo Muñoz L, Morros Tomé C, Portas Freixes J, Vedia Urgell C. Maneig de les úlceres vasculares. [En línea]. Barcelona: Institut Català de la Salut, 2004. Guies de pràctica clínica i material docent, núm. 10.
7. Jiménez García JF, Barroso Vázquez M, de Haro Fernández F, Hernández López MT. Guía de práctica clínica para la prevención y cuidados de las úlceras arteriales. Sevilla (Andalucía): Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2009.
8. Díaz Herrera MA, Baltà Domínguez L, Blasco García MC, Fernández Garzón M, Fuentes CAmps EM, Gayarre Aguado R, et al. Maneig i tractament d'úlceres d'extremitats inferiors [en línea]. Barcelona: Institut Català de la Salut, 2018.
9. Oyonate H, Descarrega J, Marshall A, Raigosa M, Yoon T, Weshahy O, et al. Úlceras cutáneas: diagnóstico diferencial y tratamiento. Heridas y Cicatrización. 2017; 7 (2): 6 - 17.
10. Santamarina González A, Santamarina González Z, Pires Álvarez S, Villasonete Pereira N, Méndez García JL, Garagatti Oliveira C. Úlcera de Martorell y su elevado índice de infradiagnóstico. [En línea]. OCRONOS. 2019.
11. Muñoz Espín G, Verdú Soriano J. Úlcera de Martorell. Diferencias en el diagnóstico y tratamiento entre estudiantes y profesionales de enfermería [Trabajo de fin de grado]. Alicante: Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia; 2016.
12. Abrantes Nogueira de Pontes A, Ferrer de Almeida Macieira N, José de Sousa R. Úlcera de Martorell: Análise epidemiológica e clínica em pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2. RSC online. 2017; 6 (1): 5 - 15.
13. Loos M, Coringrato M, Olivares L. Úlcera hipertensiva de Martorell. Dermatología Argentina. 2017; 23 (2): 58 - 65.
14. Chicote Álvarez E, Santos Méndez N, Lizama Gómez NG, Ortiz Flores F. Úlceras hipertensivas de Martorell. Una complicación infrecuente de la hipertensión arterial. Semergen. 2019; 45 (8): 49-50.
15. Guinot Bachero J, Gombau Baldrich Y, Royo Palasi C. Caso de una úlcera hipertensiva de Martorell: importancia de una buena anamnesis y diagnóstico para su resolución. Enferm Dermatol. 2017; 11 (30): 57 - 63.
16. Blanco González E, Gago Vidal B, Murillo Solís D, Domingo del Valle J. Úlcera de Martorell: complicación infrecuente de la hipertensión de larga evolución. Hipertensión y riesgo vascular. 2011; 28 (5/6): 211 -3.
17. Salazar Álvarez AE, Riera del Moral LF, García Arranz M, Álvarez García J, Concepción Rodríguez NA, Riera de Cubas L. Uso de plasma rico en plaquetas para cicatrización de úlceras crónicas de miembros inferiores. Actas Demosifiliogr. 2014; 105 (6): 597 - 604.
18. Palomar Llatas F, Díez Fornes P, Sierra Talamates C, Fornes Pujalte, Debon Vicent L. ¿Duelen las úlceras cutáneas, o realmente duele como las tratamos? Enferm Dermatol. 2015; 9 (25): 11 - 16.
19. Sánchez Neila N, Hermosa Gelbard A, Gómez M, Vañó Galván S. Protocolo diagnóstico de las úlceras cutáneas. Medicina. 2014; 11 (47): 2800 -5.
20. Romero Sanz MI, Juárez Vela R. Abordaje de una úlcera complicada con diagnóstico de úlcera de Martorell. Enferm Dermatol. 2008; 5: 32 - 5.
21. Malburg Freire B, Conceição Fernandes N, Piñeiro Maceira J. Úlcera hipertensiva de Martorell: relato de caso. An Bras Dermatol. 2006; 81 (5 Suppl 3): 327 - 31.
22. Cañarro RA, Castelli Junior V, Silveira DR, Barros RB. Úlcera isquémica hipertensiva e simpatectomía lumbal. Rev Med Hosp Univ. 1997; 7 (2): 15 - 8.
23. Hermida FLD, Zapata Aramayo AR, Bertranou EG. Tratamiento ambulatorio de la úlcera arteriolar hipertensiva de Martorell. 1996; 71 (3/4): 65 - 7.
24. Deluchi Levene AN. Úlcera hipertensiva de Martorell. Rev argent cir. 1991; 61 (6): 209 -10.
25. Sampérez CT, Guash JA, Paladino CM, Sánchez Casalongue M, Parisi C, Amato N. Rev argent cir. 1986; 51 (5): 207 - 12.
26. Bombin J, Bronfman M, Orrego A, Raffo IM, Zapata C, González C. Úlcera hipertensiva de la pierna. Rev Chilena de Cirugía. 1999; 51 (6): 595 - 600.
27. Bertranou EG. Úlcera arteriolar hipertensiva de Martorell. Actas cardiovasc. 1997; 8 (2): 59 - 63.
28. De Oliveira e Silva RC, Maia de Oliveira Perpetuo MC, Soares de Miranda E. Oxigenoterapia hiperbárica no tratamento da úlcera de Martorell: revisão da literatura e relato de três casos. Rev Med Minas Gerais. 2003; 13 (3): 214 - 7.
29. Clambor Santervás L, Meana Infiesta A, Llaneza Coto JM, Vaquero Lorenzo F, Gómez Llamas S, López García D, et al. Tratamiento de las úlceras vasculares crónicas con equivalentes cutáneos obtenidos mediante ingeniería tisular. Angiología. 2003; 55 (1): 21 - 33.
30. Guisado Muñoz S, Conde Montero E, de la Cueva Dobao P. Tratamiento de la úlcera isquémica hipertensiva de Martorell con microinjertos autólogos en sello. Actas Demosifiliogr. 2019; 110 (8): 689 - 704.
31. Hinojosa Caballero D, Torres Subires A, Álvarez Rodríguez LR, Garrigós Sancristóbal X, Pol Reyes MA, Espejo Arenas E, et al. Casos clínicos tratados con la tecnología lípido coloidal (TCL). Rev ROL Enferm. 2016; 39 (4):240 - 8.
32. Couselo Fernández I. Oxigenoterapia hiperbárica en el tratamiento de una úlcera de etiología hipertensiva. Evidentia. 2014; 11: 47 - 8.
33. Malphurs E, Couch K, Chao JW. A novel association of Martorell ulcer with liddle syndrome. Adv Skin Wound Care. 2019; 32 (11): 1 - 2.
34. Serpa MJ, Franco S, Repolho D, Araújo I, Mateus S, Baptista AM, et al. A challenging diagnosis of leg ulcer. EJCRRM. 2018; 5 (10): doi:10.12890/2018_000952.
35. Kaur Malhi H, Didan A, Ponosh S, Prasad Kumarasinghe S. Painful leg ulceration in a poorly controlled hypertensive patient: a case report of Martorell ulcer. Case Rep Dermatol. 2017; 9: 95 - 102.
36. Frade Lima Pinto AP, Araújo Silva N, Teixeira Osorio C, Rivera LM, Carneiro S, Ramos e Silva M, et al. Martorell's ulcer: diagnostic and therapeutic challenge. Case Rep Dermatol. 2015; 7: 199 - 206.
37. Kluger N, Koljonen V, Senet P. Martorell ulcer. Duodecim. 2013; 129 (10): 1031 - 6.
38. Novinscak T, Pilipovic M, Edita J, Zvorc M, Gradiser M, Gasparov S. Surgical approach to atypical wounds (clinical cases). Sub cutaneous ischemic arteriolosclerosis (Martorell ulcer, calciphylaxis, eutrophication). Acta Med Croatica. 2012; 66 (suppl 1): 139 - 45.
39. De Andrés J, Villanueva VL, Mazzinari G, Fabregat G, Asensio JM, Monsalve V. Use of a spinal cord stimulator for treatment of Martorell hypertensive ulcer. Regional Anesthesia & Pain Medicine. 2011; 36 (1): 83 - 6.
40. Hernández Cañete C, Betancourt BY. Management of a hypertensive ulcer with an epidermal growth factor-based formulation. J Wound Care. 2008; 17 (9): 380 - 2.

CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON HERIDAS CRÓNICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC WOUNDS IN PRIMARY CARE

Autores:  María Jesús Samaniego-Ruiz ^(*)(1),  Federico Palomar-Llatas ⁽²⁾.

(1) Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Área de Gestión Sanitaria Nordeste de Granada.

(2) PhD, MSc, RN. Enfermero, Unidad de Úlceras y Heridas, Hospital General Universitario de Valencia. Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Valencia.

Contacto (*): mariaje88@gmail.com

Fecha de recepción: 02/11/2020
Fecha de aceptación: 15/12/2020

Samaniego-Ruiz MJ, Palomar-Llatas F. Calidad de vida de pacientes con heridas crónicas en atención primaria. *Enferm Dermatol.* 2020; 14(41): e01-e05. DOI: 10.5281/zenodo.4499075

RESUMEN:

Las heridas crónicas presentan una importante prevalencia y gasto sanitario; sin olvidar, la afectación en la calidad de vida del paciente y de su entorno. Este trabajo permite conocer la calidad de vida de las personas con heridas crónicas atendidas en una zona básica de salud. Se trata de un estudio cualitativo de carácter fenomenológico a través de una entrevista semiestructurada de cuatro preguntas, en el que se incluyeron informantes claves mayores de 15 años, con al menos una herida de larga duración que hubieran sido atendidos en sus domicilios o en un centro sanitario. Se realizaron 24 entrevistas y los resultados fueron 45 códigos y 5 categorías: conocimientos, cambios, mejoría, consejos y aspectos psicológicos. Como conclusión se puede decir que las personas con heridas crónicas atendidas en esta zona básica de salud de presentaban una mala calidad de vida influenciada en gran parte por un déficit de conocimientos.

Palabras clave: Calidad de Vida; Heridas y Lesiones; Atención Primaria de Salud.

ABSTRACT:

Chronic wounds have an important prevalence and health expenditure. In addition to, the impact on the quality of life of the patient and their environment. This work aims to know the quality of life of people with chronic wounds treated in a basic health area. This is a qualitative study of a phenomenological nature carried out through a semi-structured interview of four questions, which included key informants older than 15 years, with at least one long-lasting wound that had been treated at

home or in a center sanitary. 24 interviews were conducted and the results were 45 codes and 5 categories: knowledge, changes, improvement, advice and psychological aspects. As a conclusion, it can be said that people with chronic wounds treated in this basic health area had a poor quality of life, largely influenced by a lack of knowledge.

Key words: Quality of Life; Wounds and Injuries; Primary Health Care.

INTRODUCCIÓN:

Se estima que entre el 1 y el 1,5% de la población de los países desarrollados presenta alguna herida. En Europa, se calcula que entre el 2 y el 4% del gasto sanitario total se utiliza para su tratamiento⁽¹⁾.

Sin embargo, a pesar de su prevalencia y costes, también conlleva una importante afectación en la calidad de vida del paciente (dolor, reducción de la energía, limitación del ocio y trabajo, preocupaciones, frustración, falta de autoestima, etc.) y de su entorno⁽²⁾; siendo comparable con la de otras enfermedades crónicas⁽³⁾.

En la actualidad, encontramos un aumento de la esperanza de vida y con ello un aumento de problemas relacionados con la longevidad. Es decir, un aumento de los años de vida que no se ha acompañado de una mejora de la calidad de vida. Este hecho limita además, la comprensión de los sanitarios en cuanto a las influencias psicológicas y sociales sobre el paciente, su aceptación del tratamiento y los resultados⁽⁴⁾.

En un estudio realizado en una unidad de hospitalización aunque se reportó un alto grado de satisfacción en el

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

dominio social, también se encontró un bajo nivel de satisfacción en el dominio físico y ambiental lo que les generaba limitaciones en su vida diaria⁽⁵⁾. Si nos trasladamos a la atención domiciliaria, este impacto es bastante profundo. Encontrando dificultades para gestionar la herida y hacer frente a los síntomas relacionados a ésta, así como afectación de todos los aspectos de la vida cotidiana del paciente, encontrando informes que demuestran aislamiento en este sector⁽⁶⁾.

Por tanto, nos planteamos conocer la calidad de vida de personas con heridas crónicas atendidas en la zona básica de salud de Benamaurel (Granada).

METODOLOGÍA:

Diseño del estudio. Estudio cualitativo de carácter fenomenológico. La metodología cualitativa nos permite comprender en profundidad fenómenos en su ambiente natural y así poder comprender cómo se comporta, interactúa o experimenta el paciente con heridas crónicas su situación.

Unidad de análisis. El nivel de análisis fueron los individuos que presentaban heridas crónicas y eran atendidos en el centro sanitario o en sus domicilios. Se trataba de informadores clave que aportaban información de primera mano en relación al estudio mediante una muestra de voluntarios.

Selección de los participantes. La captación de sujetos fue llevada a cabo mediante un muestreo intencional, buscando pacientes informados y reflexivos que estuvieran dispuestos a hablar ampliamente con la investigadora. Los criterios de inclusión fueron: pacientes mayores de 15 años de ambos sexos con al menos, una herida crónica (> 3 semanas de duración) que hubieran sido atendidos en sus domicilios o en un centro sanitario. Y que firmaran el consentimiento informado. Se excluyeron los pacientes que residieran en hogares de ancianos u otros centros de atención residencial y las personas que no entendieran el castellano (se necesitaría contar con traductores) o que presentaran cualquier alteración que les impidiera llevar a cabo la entrevista (demencia, alteraciones acústicas o del lenguaje, etc.).

Tamaño de la muestra y muestreo. Lo que se buscaba no era la significación estadística sino conseguir reflejar distintas visiones y con ello reflejar la amplitud del fenómeno. Por lo que el tamaño estuvo condicionado por la consecución de las inquietudes de los investigadores y determinado por el criterio de saturación de la información.

Método de recogida de datos. La técnica para recoger la información fue mediante una entrevista personal, en el domicilio o en el centro sanitario. Se les hicieron 4 preguntas abiertas diseñadas específicamente para este estudio basadas en el estudio realizado por Wellborn y Mocerri en 2014⁽⁷⁾. El formato de registro de datos fue la grabación. Se trataba de una entrevista semiestructurada. Ya que las preguntas estaban predeterminadas, pero el investigador podía cambiar el orden y la formulación de las preguntas y profundizar en el tema o adaptarlas si así lo creía necesario.

Preguntas realizadas:

1. ¿Qué sabe usted sobre su herida?
2. ¿Cómo ha cambiado su vida desde que la tiene?
3. ¿Qué le ha servido de ayuda durante este proceso?
4. ¿Qué recomendaciones o consejos le serían útiles a usted y a otras personas en su situación?

Análisis de los datos. 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 realizó una lectura general y repetida con el objetivo de encontrar el significado global al conjunto. Estas lecturas permitieron discriminar las unidades de significado y transformarlas en expresiones adecuadas para categorizar los datos. Por último, se sintetizaron los datos mediante nubes de palabras con ayuda del software Atlas.ti 8, para mostrar los códigos más frecuentes asociados a cada categoría.

En todo momento se tuvieron en cuenta las recomendaciones establecidas por la Ley Básica 41/2002 de Autonomía del paciente y el Reglamento 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos. De modo que, cada sujeto iba identificado mediante codificación para garantizar su anonimato y tenía que firmar el consentimiento informado tras su comprensión para poder participar en el estudio.

RESULTADOS:

Se realizaron 24 entrevistas, a pacientes entre 33 y 95 años. De los cuales 11 eran hombres y 13 mujeres, que recibían atención en el centro de salud (18) o en su domicilio (6). 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 (siendo las más frecuentes las postquirúrgicas y postraumáticas). Los resultados de las unidades de análisis fueron

45 códigos y 5 categorías: conocimientos, cambios, mejora, consejos y aspectos psicológicos.

a) Conocimientos:

Inicialmente, a los pacientes se les preguntó que sabían sobre su problema (Imagen 1). La mayoría no tenía conocimientos “nada, yo no me veo las heridas” y una persona reportó la necesidad de información “si hubiera sabido algo no hubiera tenido todo esto”. Cuatro asociaron sus heridas a problemas de circulación “las cosas de la circulación son malas”, uno a la presión “pues, lo único que sé es que estas dos me han salido es de hacer el apoyo, me ponía de este lado y se me hicieron” y otro a la edad “tengo 91 años y la carne pues no está igual”. Otros solo sabían los síntomas que producen “yo no sé nada, que me duele y ya está, es que te crees que es poco”, “pues yo que quieres que sepa hija mía, me he encontrado malamente he venido y me han curado y ya está”, “pues yo la veo que va un poquillo mejor, pero que todavía me pica y me duele. No mucho pero que para andar es que no”. Y una persona rechazaba tener información “no quiero saber nada”.



Imagen 1: Verbatim de conocimientos de los pacientes sobre su herida.

b) Cambios:

Cuando se les preguntó cómo había cambiado su vida desde que tenían la herida la mayoría contestó que “a peor”, aunque dos pacientes reportaron que seguían igual (Imagen 2). También se apreció aislamiento “estaba yo mejor, cuando no la tenía podía hacer todas mis cosas, salir a la calle, y yo que sé el tiempo que llevo sin ir a la calle [...] me voy a quedar inútil de no andar” y conformismo “que remedio me queda, que voy a contar”.



Imagen 2: Verbatim de cambios que habían sufrido los pacientes desde que tenían una herida.

c) Mejoría:

En general, los pacientes no conocían nada que le hubiera ayudado “nada, si ya que se le va a hacer”, o lo desconocían “yo que sé, ahora mismo llevo casi dos meses y yo parece que me encuentro igual que puedo decir”.

Unos reportaron que habían notado mejoría desde que se lo curaban los profesionales sanitarios y algunos explicaron que existían diferencias entre la atención proporcionada por unos profesionales u otros “un enfermero fue el que me atinó mejor”. También, asociaron que algunos materiales de cura le habían ido mejor que otros “un parche que me pusieron, tenían que traer más, esos son los buenos” aunque uno reportó todo lo contrario “con lo que más me han curado ha sido con Betadine [...] yo creo que fue del esparadrapo [...] me se puso todo imposible” (Imagen 3).



Imagen 3: Verbatim de aspectos con los que habían notado mejoría.

d) Consejos:

Entre los principales consejos se encontraba recibir atención sanitaria, añadiendo en algunos casos que fuera precoz y por personal preparado “que coja un hacha y se lo corte por debajo de la rodilla y se vaya a urgencias, verás cómo entonces si le amputaban la pierna”, “que haga como yo, que se cure y que vaya a donde tenga que ir, que no lo deje”. Aunque, algunos no sabían que recomendar “no lo sé, le preguntaría que ha hecho para que se le curara porque yo ya estoy más de un año curándome, he recorrido todas las enfermeras que ya no sé ni cuantas son”. Y casos individuales recomendaban concienciarse “que si le tocara ponerse malo como a mí que se prepare” e incluso aceptarlo “se aguantara” (Imagen 4).



Imagen 4: Verbatim de recomendaciones dadas por los pacientes para personas con heridas.

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

e) Aspectos psicológicos:

Por último, de las entrevistas se pudieron percibir aspectos psicosociales como tristeza “hombre (risa) si esta uno mal... en que no tengo ganas de nada (llora)”, rabia “hombre llevo ya seis años, no me dirás que en seis años ha tenido tiempo a curarse”, depresión “estoy a punto de pasar hambre, no trabajo ni ná, no valgo un duro, yo tenía dinero pero ya me lo he gastado” o angustia “yo pues.... tantas tengo si.... se puede hacer una novela contigo me lo dijo el médico (risa/lagrima)”.

DISCUSIÓN:

Al igual que se ha reportado en otros estudios los pacientes van a sufrir aislamiento, depresión, etc. Factores que pueden afectar al sistema inmune⁽⁸⁾, pero sobre todo van a afectar a su vida diaria⁽⁹⁾.

La ansiedad, la depresión, el aislamiento social y la baja condición económica presentan una asociación con el retraso en la cicatrización. Esto es debido a que el estrés psicológico afecta negativamente al sistema inmune y por lo tanto tiene un efecto adverso sobre la curación de heridas (al retrasar la aparición temprana de citoquinas proinflamatorias en la cascada de reparación de la herida)⁽⁸⁾. Además, una mala calidad de vida es un predictor de morbilidad y mortalidad⁽¹⁰⁾. Sin olvidar, las lesiones autoinfligidas⁽¹¹⁾ o los factores socioeconómicos que pueden resultar importantes en pacientes de clase social baja que no tienen acceso a la sanidad o recursos sanitarios^(12,13).

Por otra parte, los pacientes no son conscientes del origen de estas lesiones y esto se traduce en la forma en que experimentan el episodio. Otorgando una explicación de su herida a la sintomatología (dolor, malestar, movilidad, etc.). Por tanto, no eran capaces de reconocer la gravedad de las lesiones cuando las presentaban y las relacionaban con la edad u otro tipo de patología. Apareciéndose un alto grado de conformismo entre los encuestados, que podría equipararse con la última fase del duelo, como ocurrió en otro trabajo⁽¹⁴⁾. Aunque, muchas veces son los propios profesionales los que ignoran o menosprecian la presencia de heridas crónicas. En este sentido existe una educación sanitaria deficiente motivada probablemente por una falta de sensibilización ante el problema que nos ocupa.

Una mayor conciencia de lo que suponen las heridas crónicas conlleva a una mejor detección de los signos de alarma de las úlceras y por tanto a una intervención más temprana. Así, muchos pacientes aconsejan una

atención sanitaria precoz y no sólo eso, una atención proporcionada por personal competente. Lo que demuestra la importancia de basar los cuidados en la evidencia disponible. Además, de establecer una relación de confianza, puesto que los conocimientos del profesional junto con su actitud de cuidados van a determinar que el paciente presente adherencia al tratamiento⁽¹⁵⁾. Como se puede percibir cuando los pacientes expresaron mejoría con un apósito concreto o material de cura que le recomendó el profesional de enfermería que le atendía.

La falta de confianza del paciente y/o su entorno en el tratamiento, o las actitudes negativas del propio personal sanitario hacia las posibilidades de éxito del tratamiento; pueden actuar como factores estresantes y producir la liberación de sustancias vasoactivas que ocasionen una vasoconstricción, así como alterar las funciones endocrinas e inmunes^(12,16).

Por último, un rol primordial de los sanitarios es mejorar la experiencia de los pacientes de su condición, así como su calidad de vida. Probablemente la cuestión fundamental que explique en gran medida la calidad de vida sea el escaso nivel de conocimientos.

Esta investigación muestra que existe un déficit en el nivel de conocimientos que posee el paciente sobre su herida. Incluso en ciertas circunstancias algunos pacientes seguían mostrando una carencia de conocimientos tras haber sufrido una lesión previa, lo cual está en consonancia con las aportaciones de otros autores⁽⁷⁾. Dicha carencia se traduce en una forma de actuar caracterizada por una demora en la solicitud de asistencia sanitaria y en una infravaloración de la sintomatología con la que se presentan las úlceras, provocando que en la mayoría de las ocasiones no se reconozca precozmente la enfermedad. Lo que conlleva a un peor pronóstico y una evolución menos favorable de las lesiones en general.

Este trabajo permitió que los pacientes pudieran contar con un clima de total libertad, sobre todo en los entrevistados en sus domicilios, para así conocer la forma en la que los pacientes viven, sienten o perciben su enfermedad; siendo fundamental para comprender mejor ciertas pautas de comportamiento y establecer las consideraciones que se estimen oportunas con el fin de reducir las tasas de morbimortalidad.

Sin embargo, el hecho de contactar con los pacientes en el momento que solicitaban atención sanitaria, pudo de

algún modo coartar su libertad para participar. O la no inclusión de las opiniones de los familiares más cercanos sobre el proceso de apoyo familiar.

Esto y la escasez de estudios cualitativos hace necesario futuras investigaciones sobre la experiencia de los pacientes con lesiones, así como de la importancia de incluir los aspectos psicosociales en los planes de cuidados.

Como conclusión, las personas con heridas crónicas atendidas en la zona básica de salud de Benamaurel presentan una mala calidad de vida influenciada en gran parte por un déficit de conocimientos.

CONFLICTOS DE INTERÉS:









Los autores manifiestan no tener conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Probst S, Seppänen S, Gerver V, Gethin G, Hopkins A, Rimdeika R. EWMA document: home care-wound care: overview, challenges and perspectives. *J Wound Care*. 2014; 23Suppl 5a: S1-41.
2. Stephen-Haynes J, Bielby A, Searle R. Putting Patients first: reducing the human and economic costs of wounds. *Wounds UK*. 2011; 7 (3): 47-55.
3. Hurd T. Understanding the financial benefits of optimising wellbeing in patients living with a wound. *Wounds International*. 2013; 4 (2): 13-17.
4. Masotti P, Mccoll MA, Green M. Adverse events experienced by homecare patients: a scoping review of the literature. *Int J Qual Health Care*. 2010; 22 (2): 115-125. DOI: 10.1093/intqhc/mzq003.
5. Oquendo Rubio AM, Tirado Moras DS. Calidad de vida en pacientes diabéticos con heridas crónicas, en una E.S.E de Córdoba 2017-2. [Trabajo de Grado]. Colombia: Universidad de Córdoba; 2017.
6. Augustin M, Carville K, Clark M, Curran J, Flour M, John Macdonald JL, et al. International consensus. Optimising wellbeing in people living with a wound. An expert working group review. London: Wounds International; 2012
7. Wellborn J, Mocerri JT. The lived experiences of persons with chronic venous insufficiency and lower extremity ulcers. *J wound Ostomy Continence Nurs*. 2014; 41(2): 122-126.
8. Parker CN, Finlayson KJ, Shuter P, Edwards HE. Risk factors for delayed healing in venous leg ulcers: a review of the literature. *Int J Clin Pract*. 2015; 69 (9): 967-977. DOI: 10.1111/ijcp.12635.
9. Gorecki C, Nixon J, Madill A, Firth J, Brown JM. What influences the impact of pressure ulcers on health-related quality of life? A qualitative patient-focused exploration of contributory factors. *J Tissue Viability*. 2012; 21 (1): 3-12. DOI: 10.1016/j.jtv.2011.11.001.
10. Siersma V, Thorsen H, Holstein PE, Kars M, Apelqvist J, Jude EB, et al. Importance of factors determining the low health-related quality of life in people presenting with a diabetic foot ulcer: the Eurodiale study. *Diabet Med*. 2013; 30 (11): 1382-7. DOI: 10.1111/dme.12254.
11. Altenburg N, Joraschky P, Barthel A, Bittner A, Pöhlmann K, Rietzsch H, et al. Alcohol consumption and other psycho-social conditions as important factors in the development of diabetic foot ulcers. *Diabet Med*. 2011; 28(2): 168-74. DOI: 10.1111/j.1464-5491.2010.0315.x.
12. Bray FN, Simmons BJ, Wolfson AH, Nouri K. Acute and Chronic Cutaneous Reactions to Ionizing Radiation Therapy. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2016; 6 (2):185-206. DOI: 10.1007/s13555-016-0120-y.
13. Moffatt CJ, Doherty DC, Smithdale R, Franks PJ. Clinical predictors of leg ulcer healing. *Br J Dermatol*. 2010; 162 (1): 51-8. DOI: 10.1111/j.1365-2133.2009.09397.x.
14. Langemo DK, Melland H, Hanson D, Olson B, Hunter S. The lived experience of having a pressure ulcer: a qualitative analysis. *Adv Skin Wound Care*. 2000; 13 (5): 225-35.
15. Hopkins A. Using qualitative research to improve tissue viability care. *Nursing Standard*. 2010; 24 (32): 64-67.
16. García Fernández FP, Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE. Atención Integral de las Heridas Crónicas. 2ª ed. Logroño: Fundación Sergio Juan Jordán; 2016.

CUIDADOS PALIATIVOS DE ÚLCERA ATÍPICA EN PIERNA POR LINFOMA DE CÉLULAS T

PALLIATIVE CARE OF ATYPICAL LEG ULCER DUE TO T-CELL LYMPHOMA

Autor:  Federico Palomar-LLatas (*) (1,2),  Jorge Zamora-Ortiz (1,2),  David Palomar-Albert (2,3),
 Paula Diez Fornés (1,2),  Concepción Sierra-Talamantes (1,2),  Isabel Pastor-Orduña (2)
 Elena Castellano-Rioja (2,4),  Begoña Fornes-Pujalte (1,2),

(1) Unidad de Enfermería Dermatológica, Úlceras y Heridas Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (Spain).

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

(3) Clínicas Universitarias. Universidad Católica de Valencia (Spain).

(4) Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Valencia (Spain).

Contacto (*): federicop43@gmail.com

Fecha de recepción: 20/12/2020

Fecha de aceptación: 30/12/2020

Palomar-LLatas F, Zamora-Ortiz J, Palomar-Albert D, Diez Fornés P, Sierra-Talamantes C, Pástor-Orduña I, Castellano-Rioja E, Fornes-Pujalte B. Cuidados paliativos de úlcera atípica en pierna por linfoma de células T. *Enferm Dermatol.* 2020; 14(41): e01-e05. DOI: 10.5281/zenodo.4500756

RESUMEN:

Se presenta un caso clínico de una mujer de 28 años que presentó nódulos en una pierna que fue evolucionando hasta una úlcera atípica causada por linfoma cutáneo de células T. El tumor diagnosticado y el fracaso del tratamiento quimioterápico y radioterápico finalizó con el fallecimiento de la paciente al cabo de 24 meses del inicio. Los cuidados paliativos realizados en este caso clínico ayudan a comprender mejor el esfuerzo terapéutico en este tipo de lesiones (úlceras de origen tumoral).

Palabras clave: Tumor; Linfoma Cutáneo de Células T, Cuidados Paliativos, Úlcera de la Pierna.

ABSTRACT:

A clinical case is presented of a 28-year-old woman who presented with nodules on one leg that progressed to an atypical ulcer caused by cutaneous T-cell lymphoma. The diagnosed tumor and the failure of chemo-traumatic and radiotherapeutic treatment ended with the death of the patient 24 months after onset. The palliative care performed in this clinical case helps to better understand the therapeutic effort in this type of lesions (ulcers of tumor origin).

Key words: Tumor; Lymphoma T-Cell Cutaneous; Palliative Care, Leg Ulcer.

INTRODUCCIÓN:

El aliviar y consolar a pacientes en fase terminal con unos cuidados enfermeros específicos que, por el tipo de patología ven afectada su imagen corporal por la presencia de heridas incurables (tumores), es nuestra obligación ética y moral, tal y como dice la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)⁽¹⁾:

“Los cuidados paliativos ni aceleran ni detienen el proceso de morir. No prolongan la vida ni tampoco aceleran la muerte...dando soporte emocional y espiritual durante la fase terminal y en un entorno que incluye el hogar, la familia y los amigos”.

Los objetivos de los cuidados paliativos en general según la Declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de los Cuidados Paliativos son, principalmente^(2,3):

- Alivio del dolor y otros síntomas.
- No alargar, ni acortar la vida.
- Dar apoyo psicológico, social y espiritual.
- Reafirmar la importancia de la vida.
- Considerar la muerte como algo normal.

CASOS CLÍNICOS

- Proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible.
- Dar apoyo a la familia durante la enfermedad y el duelo.
- Mantener la independencia.

Con este tipo de cuidados, conseguiremos una mejor calidad de vida al paciente y a todo su entorno, por medio del alivio sintomático y alivio emocional o psíquico haciendo frente junto al paciente a las distintas fases de afrontamiento de la enfermedad (Negación, ira, negociación, depresión y aceptación)^(3,4).

Las heridas atípicas se caracterizan por inflamación y necrosis, las causas pueden incluir varias enfermedades: trastornos autoinmunes, infecciosos, vasculares, metabólicos, hematológicos, etc., y el diagnóstico puede ser a menudo una tarea difícil⁽⁵⁾.

Se presenta un caso clínico sobre una úlcera atípica de la pierna causada por el linfoma cutáneo de células T, su evolución, su difícil diagnóstico y los cuidados paliativos aplicados.

DESARROLLO DEL CASO:

La paciente es una mujer de 28 años, de 60 Kg de peso, y una altura de 1,50 m. Estado civil soltera, vive en la ciudad e independiente de la familia (Licenciada en Derecho y Económicas), sus padres viven en zona rural. Sin antecedentes clínicos relevantes.

Acude a la consulta por presentar pequeños nódulos y lesión en tercio distal de la pierna (Imagen 1).



Imagen 1: Pequeños nódulos y lesión en tercio distal de la pierna.

La ausencia de respuesta a tratamiento con inmunosupresores y esteroides y la tórpida evolución de los nódulos que desencadenan en formación de úlceras en las piernas con tejido desvitalizado en el lecho, bordes inflamados y dolor (EVA= 8-10) (Imagen 2), se realizaron curas tópicas según protocolo estandarizado en la unidad de úlceras⁽²⁾.



Imagen 2: Úlcera atípica.

La lesión a través del tiempo no mejora e incluso aumenta de tamaño. Se le realizan varios tipos de tratamiento tópico sin resultados, encontrándose la paciente cada vez más baja de ánimo, tiene dolor y continúa trabajando. La madre que viene todos los días para acompañarla nos solicita, ya que le han comentado una enfermera el ponerle en la herida la terapia de presión negativa. No se le pone ya que se observa nódulos en el tejido de granulación y se realiza la primera biopsia.

Se realizan en un principio 4 biopsias separadas en tiempo de una semana más o menos y con diagnósticos de paniculitis lobular compatible con un pioderma gangrenoso (Imagen 3).



Imagen 3: Sospecha de pioderma gangrenoso.

Tras la realización de la 5ª biopsia se confirma el diagnóstico definitivo de Linfoma de células T (Imagen 4).



Imagen 4: Tumoración Linfoma células T.

Es ingresada en la sala de oncología con tratamiento de quimioterapia y radioterapia en lesión principal de la pierna en tercio inferior (es tratada por 3 especialidades).

No se observa mejoría clínica e incluso aumentan el número de lesiones en la otra pierna, pecho, espalda, muslos (Imagen 5), aspecto que le hace reflexionar sobre su imagen corporal deteriorada y su estado de salud en general ya que la sintomatología se agudiza con la presencia de caída de pelo (lo cual le produce un estado de estrés) se acentúa con espacios de desorientación tempo-espacial, poca movilidad, fiebre, estreñimiento, hipoxia, náuseas y dolor principalmente irruptivo en el momento de las curas, poca movilidad con el paso del tiempo.



Imagen 5: Diferentes localizaciones de nuevas lesiones tumorales linfocíticas.

Cuando comienza tratamiento con radioterapia (Imagen 6), la lesión ha progresado en extensión y la paciente se encuentra esperanzada en un buen resultado, pero con el paso del tiempo y de sesiones de radioterapia y quimioterapia, la lesión principal no aparenta mejoría e incluso tiene peor aspecto (Imagen 7) y la paciente se ve inmersa en un estado de depresión acentuado con la aparición de síntomas como náuseas, vómitos (quimioterapia) y aumento del dolor.



Imagen 6: Aspecto de la úlcera antes de la radioterapia.



Imagen 7: Aspecto de la úlcera post-radioterapia.

Se le aporta ayuda de una psicóloga y se desconecta por sedación cuando lo solicita, tiene dolor (psíquico y físico), no creyente pero susceptible a los comentarios de sus padres católicos y practicantes. Todos los días se le realizan pruebas y ella en los momentos finales está agotada de todo lo que se le hace y se le propone e incluso entraría en un quirófano si se le propusiese para realizarles injertos de piel en zonas afectadas, la paciente presenta encefalopatía (idiopática).

La paciente tiene ganas de vivir y no tira la toalla, necesita el cariño de los que le rodean principalmente (padres y novio, este último en Madrid), y sin dejar de lado al personal sanitario que la rodea, la paciente fallece tras 24 meses de evolución de su enfermedad sin responder a las expectativas de los tratamientos.

Cuidados de enfermería:⁽⁴⁻⁶⁾

Los cuidados de enfermería dirigidos al alivio de los síntomas junto al tratamiento sistémico de estos consistió en la aplicación de compresas frías para ayudar a reducir la hipertermia.

La periodicidad de la evaluación se adaptó a la comodidad de la paciente y a la necesidad de controlar la respuesta a los analgésicos y de rescate evaluando continuamente el dolor por mediación de escalas y los valores de los signos vitales. Controlar los posibles efectos secundarios farmacológicos.

Los tratamientos tópicos de las heridas estaban basados en los signos presentados a lo largo de su evolución junto a los presentados durante el tratamiento con radioterapia y estaban basados en desbridamientos autolíticos y osmóticos mediante apósitos de Ringer, la paciente no se le realizaba desbridamiento enzimático ya que se le agudizaban las molestias a nivel local de la

CASOS CLÍNICOS

herida (dolor, escozor), control del aumento del exudado en ciertos periodos de tiempo y debidos en algunos casos por aumento de la presión hidrostática al pasar periodos sentada. Propone la familia la posibilidad de ponerle la terapia de presión negativa ya que habían oído hablar de esta técnica y se le explica que no está indicada en estos casos.

Control de la colonización polimicrobiana por medio de fomentos con polihexanida y apósitos de componente argéntico en alginato cálcico, en los momentos que había aumento del olor se aplicaba gel de metrodinazol cuando existía crecimiento polimicrobiano o apósitos de carbón cuando la herida simplemente presentaba un olor clásico de tumoración y humedad. Vigilancia de la piel perilesional.

Se elaboró un plan de cuidados según los Patrones Funcionales de Gordon⁽⁷⁾ (Tabla 1).

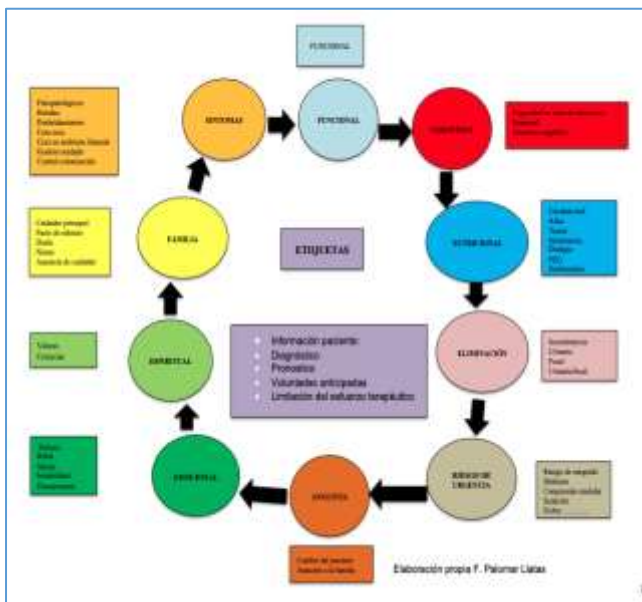


Tabla 1: Esquema de los Patrones Funcionales de Gordon.

Se identificó como alterados los siguientes:

- En el **patrón Cognitivo - Perceptual**, el dolor con una EVA entre 7 y 8 permanentemente la paciente se encuentra alterada en relación con la toma de decisiones. Enfermería actúa con las intervenciones (NIC) Manejo del dolor. Administración de analgésicos. Manejo de Sedación. Manejo ambiental confort. Administración medicación: vía subcutánea
- El **patrón Actividad - Ejercicio** está deteriorado debido a que lleva una vida de cama – sillón y refiere necesitar ayuda para sus actividades de la vida diaria. La paciente presenta respiración eupnéica a su ingreso y normotenso. Se le realizan

masajes de relajación y principalmente con la ayuda de su madre, a su vez presenta: Escala Barthel: 60-90 dependencia moderada y la escala Norton: puntuación 11 ALTO RIESGO.

- El **patrón Nutricional - Metabólico**, refiere náuseas y vómitos que son debidos a la intolerancia a la alimentación potencialmente debidas a efectos secundarios de la medicación que a su vez presenta prurito, se le pauta loción hidratante corporal, la dieta prescrita es blanda y es su madre la que le trae a demanda la comida desde casa. NIC: vigilancia y manejo de las náuseas, reducir o eliminar los factores personales que desencadenan o aumentan las náuseas (miedo, ansiedad, fatiga).
- El **patrón de Eliminación** presenta estreñimiento relacionado con los opioides y analgesia presentando bolo fecal prescribiéndose laxantes y en algún caso le extrae el bolo manualmente su madre.
- En los **patrones de Rol - Relaciones, Adaptación - Tolerancia al estrés, Valores - Creencias**, los presentaba alterados con ansiedad e intranquilidad. Los cuidadores son creyentes y la paciente no lo es tanto, pero está aceptando los consejos de la madre. El “cuidador/es” principales están informados de la enfermedad, evolución, así como pronóstico a medio- corto plazo y el afrontamiento es adecuado, aceptan la muerte de su hija. A raíz de la caída del pelo por la quimioterapia su hermana menor que ella, se corta el pelo a cero y se pone un pañuelo en la cabeza, cosa que a la paciente le ayuda a sobre llevar ese cambio de su imagen corporal.

- El **patrón Percepción-Manejo de la Salud**, la paciente a su ingreso manifiesta un mal conocimiento de sus problemas de salud, se determina una percepción y manejo de la salud alterado.

Finalmente, referente al riesgo de urgencia, se le administraban antipiréticos y aplicábamos paños fríos para el control de la hipertermia, se le realiza sedación por brotes de desorientación tiempo espacial y delirios (encefalopatía) y se prescriben dosis de rescate si se precisa para control del dolor y la agitación, así como ajustes en las dosis.

CONCLUSIONES:

Ante estos casos, debemos:

- Proporcionar toda información veraz de la patología y progresión de ésta al paciente.
- Los “cuidadores” principales deberían también estar informados de la enfermedad, su evolución, así como pronóstico a medio- corto plazo y el afrontamiento es adecuado.
- Los pacientes con úlceras atípicas que no responden como se esperaba, deben ser seguidos de cerca e investigados como tumores ocultos con biopsias repetidas para establecer el diagnóstico final con el fin de restaurar los tratamientos adecuados lo antes posible.
- El control eficiente de síntomas en su conjunto es el fundamento y la razón de ser de la medicina paliativa.
- Tener presente las limitaciones del esfuerzo terapéutico y no realizar técnicas o tratamientos cuyo resultado sería negativo para el paciente tanto físicamente como emocional, como por ejemplo dar expectativas imposibles de alcanzar o realizar desbridamientos cruentos.

CONFLICTOS DE INTERÉS:

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Guía Cuidados Paliativos. [\[Internet\]](#) Madrid: SECPAL; 2014 .
2. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco;2008.
3. Bruera E, De Lima L, (editores). Cuidados paliativos. Guías para el manejo clínico. Organización Panamericana de Salud (OPS); 2000.
4. Palomar Llatas F, Fornes Pujalte B, Díez Fornes P, Muñoz Mañez V, Lucha Fernández V, Arantón Areosa L. Guía de actuación en lesiones oncológicas. *Enferm Dermatol.* 2008; 2(4):8-15.
5. National Institute of Nursing Research (NIH). Cuidados paliativos. El alivio que necesita cuando tiene una enfermedad grave. [\[Internet\]](#). Bethesda, Maryland (USA): Instituto Nacional de Investigación en Enfermería; 2020.
6. Cabanillas-González M, Pulgarín-Sobriño SB, Ananín-Fernández C. Guía práctica de lesiones cutáneas neoplásicas. [Guía práctica nº 4]. Santiago (A Coruña): Servicio Gallego de Salud; 2016.
7. Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros. 10ª Ed. Madrid: Elsevier; 2007.

APLICACIONES MÁS POPULARES PARA ORGANIZAR REUNIONES Y SESIONES GRUPALES

MOST POPULAR APPLICATIONS FOR ORGANIZING MEETINGS AND GROUP SESSIONS

Autor:  Salomé Romero-Pérez

Biblioteca del Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

Contacto: salome.romero.perez@sergas.es

Fecha de recepción: 21/12/2020
Fecha de aceptación: 30/12/2020

Romero-Pérez S. Aplicaciones más populares para organizar reuniones y sesiones grupales. *Enferm Dermatol.* 2020;14(41): e01-e04. DOI: 10.5281/zenodo.4568659

La pandemia de COVID-19 ha limitado enormemente la posibilidad de celebrar tanto reuniones de trabajo como actividades formativas presenciales. En el ámbito sanitario la formación es una constante y una verdadera necesidad, por eso en esta ocasión en Derm@red os mostraremos los aspectos más destacables de las aplicaciones más conocidas para organizar reuniones y sesiones formativas (videoconferencias). La elección de una u otra dependerá del tipo de actividad que necesitemos realizar.

1- Whatsapp (<https://www.whatsapp.com/?lang=es>)

Es quizá la aplicación más conocida y utilizada para hacer videollamadas desde un dispositivo móvil. Permite reuniones de hasta 8 personas y su manejo es realmente sencillo.⁽¹⁾ (imagen 1). Sin embargo, durante una videollamada no podremos compartir archivos y la versión para ordenador sólo permite la función chat. Whatsapp (imagen 1) es una buena herramienta de mensajería, pero muy limitada para organizar reuniones.



Imagen 1: Aspecto de una video llamada a través de Whatsapp. (Fuente imagen: cambio2000.com.ar).

2- Lifesize (<https://www.lifesize.com/es>)

Es un servicio de pago, aunque en la actualidad permite una suscripción gratuita de prueba por 14 días para un máximo de 50 usuarios y 25 participantes por llamada⁽²⁾. Lifesize ofrece un amplio abanico de soluciones para adaptarse a diferentes tipos de eventos o reuniones. Desde su página web podemos descargar una aplicación para realizar conferencias de vídeo, audio y chat. Es posible compartir escritorio y archivos, grabar sesiones, programar reuniones y crear salas (Imagen 2). También ofrece estadísticas como número de llamadas, minutos de conexión o número de usuarios. Lo que diferencia Lifesize de otros servicios es que en algunos programas de suscripción se incluye la utilización de dispositivos como cámaras web de alta definición, smartphone, micrófonos omnidireccionales o sistemas para organizar conferencias o seminarios en grandes auditorios.



Imagen 2: Aspecto de una videoconferencia a través de Lifesize. (Fuente imagen: <https://www.lifesize.com/es/video-conferencing-app>)

3- Whereby (<https://whereby.com/>)

Es una solución muy sencilla para convocar reuniones ya que no requiere instalar ningún programa o aplicación. Tiene una versión gratuita, pero como era de esperar, las opciones más interesantes solo están disponibles pagando una cuota⁽³⁾. Los administradores deciden quién puede unirse a la reunión de hasta un máximo de 50 personas (4 personas para la versión gratuita) (Imagen 3). Permite compartir escritorio y archivos. Dispone de chat y las sesiones se pueden grabar.



Imagen 3: Aspecto de una videoconferencia a través de Whereby. (Fuente imagen: <https://whereby.com/>.)

4- Jitsi (<https://meet.jit.si/>)

Es una aplicación gratuita de software libre, es decir, su código fuente puede ser estudiado, modificado, y utilizado libremente con cualquier fin y redistribuido con cambios o mejoras⁽⁴⁾. Jitsi permite integraciones con plataformas tan potentes como Microsoft, Google o Slack. También ofrece interesantes servicios como grabar las sesiones o generar estadísticas. Es una buena opción para reuniones, porque permite el acceso gratuito ilimitado de hasta 50 participantes a la vez (Imagen 4).



Imagen 4: Aspecto de una videoconferencia a través de Jitsi Meet. (Fuente imagen: <https://www.tooit.com/>.)

5- Skype (<https://www.skype.com/es/>)

La función Skype Web (Imagen 5) permite conectarnos sin necesidad de descargar la aplicación, lo que convierte a esta plataforma en ideal para utilizarla en dispositivos ajenos, como un ordenador corporativo, donde no queremos instalar un software. Permite compartir escritorio y archivos, grabar llamadas y admite hasta 50 participantes, siendo una buena opción para actividades formativas. Tiene la interesante capacidad de subtítular las conversaciones en hasta 11 idiomas.



Imagen 5: Aspecto de una videoconferencia a través de Skype. (Fuente imagen: <https://logismarketes.cdnwm.com>)

6- Zoom (<https://www.zoom.us/>)

Durante el primer trimestre de 2020 se ha convertido en una de las aplicaciones de videoconferencia más utilizadas en todo el mundo. Tiene una versión gratuita y otras de pago. Zoom (Imagen 6) cuenta con planes especialmente adaptados a centros educativos. El plan gratuito permite reuniones de hasta 100 participantes durante un máximo de 40 minutos, sin embargo, actualmente no hay restricción de tiempo para centros educativos afectados por COVID-19. Zoom permite compartir archivos y escritorio, dispone de chat, admite varios moderadores, grabar sesiones e incluso transcribirlas, opción que, aplicada a la formación, es especialmente útil para que los alumnos puedan repasar una vez finalizada la clase. Otra opción que ofrece es un plan para el control de la salud,⁽⁵⁾ dando a los servicios sanitarios la opción de utilizar los recursos y el hardware que ya tiene.



Imagen 6: Aspecto de una videoconferencia a través de Zoom. (Fuente imagen: images.theconversation.com).

7- Google Meet (<https://meet.google.com/>)

Recientemente la compañía Google ha sustituido su servicio Hangouts® por Meet (Imagen 7). Para utilizar este producto es necesario tener una cuenta de Google y la versión gratuita limita el tiempo de conexión a 60 minutos. Admite hasta 100 participantes en una misma llamada, pero en la pantalla se muestra un máximo de 16 personas. Es posible compartir el escritorio, pero para grabar las sesiones es necesario contar con un plan de suscripción. Una opción interesante son los subtítulos a tiempo real, lo que permitiría a personas con problemas de audición seguir fácilmente las sesiones. Sin embargo, esta opción de momento sólo está disponible en inglés.



Imagen 7: Aspecto de una videoconferencia a través de Google Meet. (Fuente imagen: [google.com](https://www.google.com)).

8- Teams (<https://www.microsoft.com/es-es/microsoft-365/microsoft-teams/group-chat-software>)

Es el producto de Microsoft para videollamadas (Imagen 8). También dispone de una versión gratuita que permite reuniones de hasta 300 participantes durante 60 minutos, aunque en la página se advierte que estos son los límites permitidos hasta el 30 de junio de 2021. Es posible compartir escritorio y archivos. Tiene opción de chat y por supuesto trabajar en equipo con todos los productos de Office® en tiempo real. La creación de informes completos de reunión sólo está disponible en las versiones de pago.



Imagen 8: Aspecto de una videoconferencia a través de Teams. (Fuente imagen: [sitio.com](https://www.microsoft.com)).

9- FaceTime (<https://apps.apple.com/es/app/facetime/id1110145091>)

Es la aplicación de videollamadas de la compañía Apple (Imagen 9). Es gratuita pero sólo está disponible para dispositivos de esta marca. Permite grupos de hasta 32 personas. De los productos analizados hasta el momento, el más parecido a FaceTime es Whatsapp, aunque FaceTime es más completo, puesto que dispone de versión para ordenador, permite utilizar tanto la cámara trasera como la delantera en los dispositivos móviles y también compartir capturas de pantalla.



Imagen 9: Aspecto de una videollamada a través de FaceTime. (Fuente imagen: [miracomosehace.com](https://www.miracomosehace.com))

10- Webex (<https://www.webex.com/es/video-conferencing.html>)

Es un producto de la compañía Cisco, líder mundial en telecomunicaciones. Webex es uno de los productos más completos del mercado (Imagen 10), sin embargo, no existe una versión gratuita, pero podemos probarlo durante 90 días sin necesidad de pagar suscripción. Está pensado para organizar reuniones y trabajar en equipo, pero a distancia. Por supuesto permite compartir escritorio, grabar, enviar archivos y realizar estadísticas de uso. Uno de los aspectos más cuidados en este producto es la seguridad.



Imagen 10: Aspecto de una videollamada a través de Webex. (Fuente imagen: [uctoday.com/](https://www.uctoday.com/)).

11- GoToMeeting (<https://www.gotomeeting.com/es-es>)

GoToMeeting es otro de los productos más completos para videoconferencias. En la actualidad nos permite un periodo gratuito de 14 días. Según el plan por el que se opte las reuniones podrán ser desde 150 participantes hasta 3000. Tiene todo lo que se puede esperar de este tipo de herramientas, pero además curiosidades como la posibilidad de escribir o hacer dibujos sobre el material estamos mostrando en el escritorio y también pasar el control del ratón o del teclado a otros miembros del grupo.



Imagen 11: Aspecto de una videoconferencia a través de GoTo-Meeting. (Fuente imagen: [gotomeeting.com](https://www.gotomeeting.com))

12- Messenger Rooms: <https://www.messenger.com/rooms>

Facebook ha querido hacerse un hueco entre las principales aplicaciones para videoconferencia y así, a finales de abril de 2020, anunció la creación de una nueva funcionalidad de su aplicación para mensajería: Messenger Rooms⁽⁶⁾ (Imagen 12). Permite videollamadas de hasta 50 participantes sin límite de tiempo y se puede iniciar desde la web o desde la aplicación para dispositivos móviles. Su funcionamiento es muy sencillo y ya está integrado en otros productos de la familia Facebook como Whatsapp, Instagram y en dispositivos Portal. Cuando creamos una sala, podremos hacerla pública (cualquier usuario puede unirse), o privada, con lo que sólo podrán entrar contactos a los que hayamos invitado u otras personas a las que hayamos enviado un enlace, aunque no tengan cuenta de Facebook. El dispositivo desde el que nos conectamos va a condicionar el uso de esta aplicación. Por ejemplo, desde el ordenador podremos compartir escritorio, pero desde nuestro dispositivo móvil no. Otra ventaja de utilizar nuestro ordenador para crear una sala es la posibilidad de compartir archivos,

por ejemplo, un documento PDF, aunque de una manera un tanto engorrosa porque esto sólo se puede hacer desde Messenger, lo que implica tener que abrir una nueva ventana del navegador.

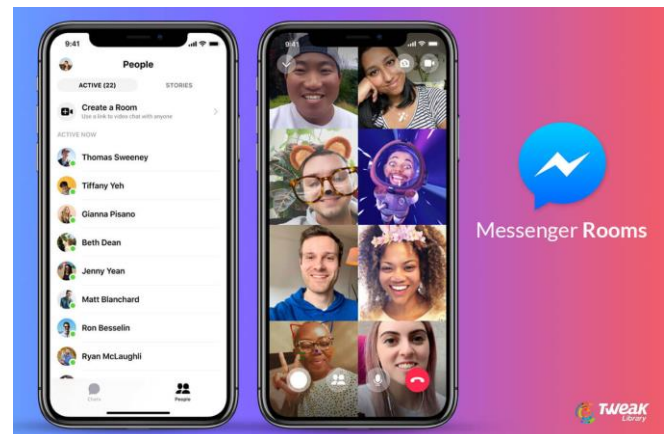


Imagen 12: Aspecto de una videollamada a través de Messenger Rooms. (Fuente imagen: [Tweak Library](https://www.tweaklibrary.com))

BIBLIOGRAFÍA:

1. FAQ de WhatsApp - Cómo hacer una videollamada grupal [Internet]. WhatsApp.com. [citado 16 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://faq.whatsapp.com/iphone/voice-and-video-calls/how-to-make-a-group-video-call/?lang=es>
2. SubscriptionPlans_US.pdf [Internet]. [citado 20 de diciembre de 2020]. Disponible en: https://www.lifefsize.com/~media/Documents/Related%20Resources/Product%20Papers/SubscriptionPlans_US.ashx
3. Pricing [Internet]. [citado 20 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://whereby.com/information/pricing/>
4. Software libre. En: Wikipedia, la enciclopedia libre [Internet]. 2020 [citado 20 de diciembre de 2020]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Software_libre&oldid=131650542
5. Video Conferencing, Web Conferencing, Webinars, Screen Sharing [Internet]. Zoom Video. [citado 20 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.zoom.us/>
6. Introducing Messenger Rooms and More Ways to Connect When You're Apart [Internet]. About Facebook. 2020 [citado 20 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://about.fb.com/news/2020/04/introducing-messenger-rooms/>

REPENSANDO UN NUEVO MODELO DE ATENCIÓN SANITARIA: LA CONSULTA INVERTIDA COMO ENFOQUE PARA EL EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE ACTIVO

RETHINKING A NEW HEALTHCARE MODEL: THE INVERTED CONSULTATION AS AN APPROACH TO ACTIVE PATIENT EMPOWERMENT

Autor:  Miguel Ángel Navas Martín (*)

(*) Sociólogo. Máster en Comunicación y Educación en la Red. Instituto de Salud Carlos III, Madrid.

Contacto (*): manavas@isciii.es

Fecha de recepción: 18/11/2020
Fecha de aceptación: 10/12/2020

Navas Martín MA. Repensando un nuevo modelo de atención sanitaria: la consulta invertida como enfoque para el empoderamiento del paciente activo. *Enferm Dermatol.* 2020;14(41): e01-e03. DOI: 10.5281/zenodo.4503822

Si un ámbito ha tenido especial importancia en la trascendencia en el uso de Internet, ese ha sido la salud. No sólo para los profesionales, sino también para los pacientes. Esto ha hecho cambiar la forma de relacionarse entre los profesionales y los pacientes, potenciando un tipo de paciente, el paciente activo.

El paciente activo es el paciente que se preocupa por su salud, quiere recibir la mejor asistencia sanitaria posible, y a la vez quiere controlar la evolución de su propia enfermedad. El paciente activo suele estar relacionado con el paciente empoderado. El paciente empoderado es el paciente que tiene competencias y capacidades necesarias para poder gestionar su salud, entre otras la de establecer un diálogo con el profesional para reflexionar y decidir sobre las decisiones de su salud de forma conjunta con los profesionales sanitarios^(1,2). Este nuevo perfil de usuario, unido a la integración de Internet en nuestras vidas, hace que los profesionales de la salud afronten un nuevo reto en este nuevo modelo de sociedad.

El periodista Ángel Espínola escribió un artículo para el medio digital ConSalud.es durante 39º Congreso Nacional Semergen celebrado en Granada, en este artículo recogió entre otros, el testimonio del exdirector de la Escuela Andaluza de Salud Pública, Joan Carles March afirmó que "El 98% de los cuidados de la diabetes, por ejemplo, los realiza el propio paciente. El médico explica qué le pasa y por qué y a partir de ahí el paciente es el que tiene que seguir los consejos para cuidarse bien por sí mismo". Asimismo, las palabras de Jaime Alapont durante la presentación del portal PacientesSemergen.es en el Congreso, afirmó sobre su portal, que "Se

trata de una web que puede orientar a preparar la visita al médico, despejar dudas o revisar las dudas que le han surgido a personas en situaciones de salud similares"⁽³⁾.

Los pacientes demandan nuevas formas de gestionar su salud. Por ello, necesitamos repensar nuevos modelos de atención sanitaria. Nuevos modelos que estén acordes con la nueva realidad. Uno de los enfoques posibles, podría ser el conocido como la consulta invertida.

La consulta invertida sería la adaptación metodológica del aula invertida, conocida en su denominación inglesa flipped classroom y que ha acaparado una buena acogida por parte de los profesionales docentes⁽⁴⁾.

La consulta invertida sería dar la vuelta, en su sentido figurado, de la consulta tradicional en que el paciente acudiría a la visita al consultorio con información previa sobre la consulta que va a realizar al profesional sanitario.

Para ello, el profesional sanitario se valdría de contenidos digitales, en particular de vídeos y otros recursos didácticos, como son sitios webs, blogs o podcasts entre otros, para facilitar la información adecuada, permitiendo la activación del paciente⁽⁴⁾.

La consulta invertida permitiría una mejor optimización de la consulta, reduciendo el tiempo de la visita para lo estrictamente necesario. Asimismo, facilitaría el diálogo entre profesional y paciente. Igualmente, podría reducir el miedo y/o la ansiedad en el estado del paciente por falta de información.

Según Caballero, hay diversos estudios que el uso de videos para dar información a los pacientes reduce el

miedo y la ansiedad en los casos previo a la anestesia general o a una intervención de artroscopia de rodilla. Si bien, hay otras intervenciones más relacionadas con cirugías orales que el efecto producido es el contrario⁽⁵⁾.

Por último, el uso de la consulta invertida podría ayudar a reducir el síndrome de la bata blanca, síndrome que consiste en el aumento de la presión arterial de algunos pacientes por el simple hecho de acudir a la consulta del médico o de enfermería. Entre las diferentes acciones para reducir este síndrome, se recomienda informar al paciente⁽⁶⁾.

Con respecto a la viabilidad de aplicar la consulta invertida, encontramos que desde hace una década se conocen algunas aproximaciones llevadas a cabo en la actividad clínica.

Dave Chase influyente en Salud Digital, escribió en 2012 un artículo en la revista Forbes sobre la vuelta de la visita al médico influenciado por la experiencia de la Khan Academy. Chave cita algunos casos de éxito que se basan en la propuesta de la consulta invertida de varios médicos. Son los casos de la pediatra Dra. Swanson, que facilita información a través de su sitio Web y su Blog, lo que le permite que los pacientes que acuden a su consulta no tengan que explicarles algunas cuestiones que ya los propios pacientes han consultado previamente antes de acudir a la cita. Asimismo, el Dr. Lamberts señala como principal ventaja es la de disponer más tiempo para realizar la exploración física en sus consultas. Además, la Dra. Burgert, indica que además del ahorro de tiempo en sus consultas, le permite centrarse en cuestiones más específicas durante la visita de los pacientes. Pero no sólo en Atención Primaria, también hay casos de éxitos con especialistas médicos, como el cirujano ortopédico Dr. Luks, que a través del uso de vídeos le permite explicar diferentes lesiones a los pacientes antes de acudir a consulta, por ejemplo la rotura del tendón de Aquiles⁽⁷⁾.

No sólo profesionales, también algunas instituciones se han sumado a la iniciativa de la consulta invertida. La fundación Robert Wood Johnson crearon una iniciativa, llamada "Flip de the Clinic" para buscar el cambio de la actividad clínica, en concreto, para repensar el encuentro entre el médico y sus pacientes. Para ello, crearon un sistema para transformar la experiencia del paciente de forma colaborativa. En la página Web de "Flip the Clinic", podemos encontrar algunas propuestas para mejorar el encuentro entre paciente y médico en la consulta. Para ello idearon un sistema denominado "Flip". Cada "Flip" es una propuesta desarrollada y

llevada a cabo por cada una de las partes interesadas en el cambio, es decir, tanto pacientes como profesionales sanitarios. El procedimiento es muy sencillo, se presenta una idea en forma de una nueva propuesta "Flip". Después se lleva a cabo a través un piloto y finalmente se ofrece el resultado. Todo esto se realiza en un entorno colaborativo⁽⁸⁾.

Según su página Web hay 100 propuestas (flips), con todo tipo de iniciativas encontrando por ejemplo una propuesta comunicativa a través del uso de cartas que le permite al paciente elegir los temas que quieran tratar con el profesional antes de entrar en consulta⁽⁹⁾.

Sin duda alguna nos encontramos frente a un nuevo reto en lo que los profesionales de la salud necesitan reflexionar sobre un nuevo modelo que permita cambiar el foco en la atención sanitaria. Para ello, es necesario capacitar a los profesionales de la salud con nuevas competencias digitales. Esta capacitación, además, tiene que ser extensible a toda la sociedad en general para conseguir una ciudadanía crítica y responsable. Responsable en el sentido de gestionar la información evitando, por ejemplo, compartir información falsa o malintencionada, entre otras prácticas. Por ello es recomendable incluir en los planes docentes o en la formación complementaria que doten a los profesionales sanitarios de herramientas y conocimientos para crear, compartir y seleccionar contenidos digitales, que lleguen a los pacientes, empoderándolos a través de las nuevas tecnologías⁽⁴⁾.

Montero-Delgado et al., han resumido en 6 las competencias digitales que los profesionales sanitarios deben adquirir para mejorar la atención y la calidad asistencial de los pacientes. Estas son: alfabetización en salud digital, gestión eficaz de la información científica-sanitaria, comunicación sanitaria 2.0, creación de contenido digital científico-sanitario, trabajo colaborativo en red con equipos de salud, y análisis y manejo de datos⁽¹⁰⁾.

Por último, una de las limitaciones de la consulta invertida es la falta de investigaciones científicas. Por ello, hay que mantener cautela con los resultados esperables de su aplicación, si bien, hay casos de éxito que demuestran su viabilidad, sería conveniente realizar más estudios para conocer realmente su verdadero alcance.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Jovell AJ. El paciente del siglo XXI. An Sist Sanit Navar. 2006;29:85-90.

2. Soler IMN, Mora MG, Murcia IC, Marzal CMN, Solves JJM. ¿Cómo perciben los pacientes de las consultas de Atención Primaria la información para implicarse en su autocuidado? *An Sist Sanit Navar*. 2016;39(1).
3. Espina A. Los pacientes valoran que el médico use el ordenador [Internet]. 2017 [citado 6 de julio de 2020]. Disponible en: https://www.consalud.es/profesionales/medicina/el-80-de-los-pacientes-valoran-que-el-medico-use-el-ordenador-en-la-consulta_43324_102.html
4. Navas Martín MÁ. La consulta invertida: empoderamiento de los pacientes a través de la prescripción de links. *Evidentia* [Internet]. 2020 [citado 6 de julio de 2020];17:1-5. Disponible en: <http://ciberindex.com/index.php/ev/article/view/e12640>
5. Guerrero MC. Impacto de la información audiovisual sobre la ansiedad y el miedo en pacientes que van a recibir un tratamiento implantológico [Internet]. Proyecto de investigación: [Murcia]: Universidad de Murcia; 2019 [citado 6 de julio de 2020]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10201/84804>
6. Baixalui Fernández V, Beato Fernández P, Fité Novellas B, García Cebrián F, March Pujol M, Pastor Sánchez R, et al. MEDAFAR HTA. Procesos de coordinación entre médicos y farmacéuticos en hipertensión. 2007.
7. Chase D. Doctors flip of patient visit inspired by Khan Academy [Internet]. 2012 [citado 6 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.forbes.com/sites/dave-chase/2012/03/18/khan-academy-inspired-flip-of-doctor-patient-visit/#67ea78a62515>
8. Robert Wood Johnson Foundation. Flip the Clinic [Internet]. 2018 [citado 6 de julio de 2020]. Disponible en: <https://fliptheclinic.org/>
9. Flip the Clinic. Use communication cards in the clinic [Internet]. 2014 [citado 6 de julio de 2020]. Disponible en: <https://fliptheclinic.org/flips/communication-cards/>
10. Montero Delgado JA, Merino Alonso FJ, Monte Boquet E, Ávila de Tomás JF, Cepeda Díez JM. Competencias digitales clave de los profesionales sanitarios. *Educ Medica* [Internet]. 2019 [citado 6 de julio de 2020]; Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2019.02.010>

ÚLCERA VENOSA. UN ABORDAJE HOLÍSTICO

VENOUS ULCER. A HOLISTIC APPROACH

Fecha de recepción: 05/11/2020
 Fecha de aceptación: 19/11/2020

González-Fernández MD, González-Bernárdez MB. Úlcera venosa. Un abordaje holístico. *Enferm Dermatol.* 2020; 14(41): e01-e03. DOI: 10.5281/zenodo.4483811

Sr. Director:

La úlcera de etiología venosa es la más frecuente en la extremidad inferior representando entre el 70-80% del total de heridas en esta área. El desencadenante fundamental de este tipo de lesiones sería la hipertensión venosa ambulatoria secundaria a su vez a la disfunción en el cierre de las válvulas; esta situación da como resultado un daño en la microcirculación de la piel. Esto conduce a lipodermato-esclerosis y ulceración en algunos pacientes^(1,2).

El incremento en la síntesis de metaloproteinasas se observa en heridas crónicas causadas por trastornos vasculares, entre ellos insuficiencia venosa. En este tipo de lesiones se encuentran niveles elevados de elastasas, colagenasas, citocinas proinflamatorias, quimiocinas y neuropéptidos, contribuyendo a que no cicatrice de manera rápida y efectiva⁽³⁾.

Las heridas a menudo son tratadas desde una perspectiva local sin tener en cuenta ni las patologías concomitantes que padece el paciente ni sus circunstancias socio-laborales las cuales pueden influir de una manera decisiva en la evolución de su proceso patológico, siendo tarea de los profesionales de la salud facilitar los conocimientos para que el paciente sea capaz de escoger entre las opciones que tiene y actuar en consecuencia⁽⁴⁻⁷⁾.

Comentaremos el caso de un paciente varón de 43 años, sordomudo, bebedor de 100 g de alcohol/día y fumador de 50 cigarrillos/día. De difícil trato, desconfiado y con escasa colaboración en su autocuidado. Gran dificultad de comunicación debido a su discapacidad y desconocimiento de lenguaje de signos. Escaso apoyo social. Trabaja como panadero por lo que pasa muchas horas al día en bipedestación sin apenas moverse.

Acude al centro de salud presentando na lesión de 7 x 2 cm en miembro inferior (MMII) de 4 años de evolución refractaria al tratamiento y con una baja adherencia a este por parte del paciente.

Entendiendo que el tratamiento va más allá de las curas locales, tras la valoración de enfermería, elaboramos un plan de cuidados que abordara los problemas detectados⁽⁶⁾ (Tabla 1).

NANDA	NOC	NIC
DOMINIO 1: Promoción de la salud	Autocontrol: enfermedad crónica (3102)	Establecimiento objetivos comunes (4410)
Clase 2: Gestión de la salud	Conducta de cumplimiento (1601)	Asesoramiento (5240)
Gestión ineficaz de la salud (00078)		Acuerdo con el paciente (4420)
DOMINIO 1: Promoción de la salud	Conducta de adhesión (1600)	Enseñanza: proceso de enfermedad (5602)
Clase 2: Gestión de la salud	Control de riesgo: consumo de alcohol (1903)	Facilitar la autorresponsabilidad (4480)
Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud (00188)	Control de riesgo: consumo de tabaco (1906)	
DOMINIO 5: Percepción/cognición	Satisfacción del paciente/usuario: comunicación (3002)	Enseñanza: individual (5606)
Clase 5: comunicación	Comunicación (0902)	Facilitar el aprendizaje (5520)
Deterioro de la comunicación verbal (00051)		
DOMINIO 11: Seguridad/Protección.	Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101)	Control de infecciones (6540)
Clase 2: Lesión física		Vigilancia de la piel (3590)
Deterioro de la integridad cutánea (00046)		

Tabla 1: Diagnósticos NANDA, resultados NOC e Intervenciones NIC del plan de cuidados.

La herida presentaba una forma ovalada con diámetro longitudinal mayor que el transversal, piel perilesional con presencia de dermatitis ocre, lecho esfacelar, exudado moderado (Imagen 1), dolor EVA= 2, antecedentes de flebitis venosa superficial en la zona, pulsos conservados, ITB= 1,3.



Imagen 1: Úlcera venosa en MMII derecho.

CARTAS AL DIRECTOR

Todos estos datos nos indican que estamos ante un caso de enfermedad venosa crónica, C-6 en la clasificación CEAP. Con la evidencia que disponemos en este momento la terapia compresiva es de primera elección y, en nuestro caso, optamos por un sistema bicapa.

Se aborda el tratamiento de la lesión siguiendo los principios del acrónimo TIMERS⁽⁶⁾; limpieza de la herida en cada cura con suero fisiológico, se promueve el desbridamiento autolítico con apósito de fibras de poliacrilato, no hay criterios clínicos ni datos indirectos que nos hagan sospechar infección, usamos un apósito secundario para manejo de exudado y crema de óxido de Zinc en bordes. Se hidrata toda la extremidad con Ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO).

Se le explica al paciente a través de gestos y escritura que le vamos a vendar la pierna, le mostramos el material y procedemos a su aplicación. A las 24 h. se presenta en la consulta con el vendaje descolocado y con grandes aspavientos refiere que le molesta y que no lo quiere. Intentamos convencerlo, pero resulta imposible.

Tras evaluar las alternativas pensamos en la posibilidad de usar medias de compresión fuerte hasta la rodilla. Le mostramos una, explicamos el porqué es tan importante su uso, como actúa y que con ella aumentan las posibilidades de cicatrización de la herida. Después de varios intentos el paciente accede. A partir de ese momento se observa mejoría de la lesión (Imagen 2), aunque de evolución lenta, lo que reforzó positivamente al paciente en la adherencia al tratamiento.



Imagen 2: Aspecto de la úlcera venosa a los 3 meses.

Simultáneamente trabajamos con el paciente en lo referente a sus conductas adictivas y, aunque no conseguimos que deje el tabaco ni el alcohol, sí que redujera significativamente su consumo.

Una vez que el lecho de la lesión estuvo limpio sospechamos la presencia de metaloproteasas de matriz debido al tiempo de evolución y al tipo de lesión por lo que utilizamos un apósito inhibidor de las mismas y otro secundario para manejar el exceso de exudado, mejorando la lesión (Imagen 3).



Imagen 3: Aspecto de la úlcera venosa a los 7 meses.

Al cabo de 9 meses después de la primera consulta, la herida está completamente epitelizada (Imagen 4). Asimismo, el paciente ha adoptado una rutina de cuidados encaminada a evitar nuevas recidivas, a día de hoy sigue utilizando medias de compresión e hidratando a diario la piel del miembro afecto.





Imagen 4: Úlcera venosa epitelizada a los 9 meses.

Como conclusión, el tratamiento etiológico de las heridas es el pilar básico para alcanzar la cicatrización. Aunque el vendaje compresivo es de primera elección en el abordaje de úlceras venosas las medias de compresión terapéutica con una presión ≥ 35 mmHg pueden resultar una alternativa eficaz en pacientes en donde el vendaje no es posible. Que el paciente comprenda el porqué de las diferentes actuaciones es fundamental para su correcta adherencia al tratamiento, base para la resolución de este tipo de lesiones⁽⁷⁾.

Establecer una relación de ayuda y de confianza con el paciente, para que la persona se adhiera a su tratamiento e implemente los cambios como parte de su vida y cotidianidad debe formar parte del trabajo diario del profesional de atención primaria.

Los factores sociales que rodean al paciente deben ser tenidos en cuenta a la hora de proyectar su plan de atención puesto que influyen de manera determinante en la evolución de su problema de salud⁽⁸⁾.

Autoras:  María Dolores González-Fernández ⁽¹⁾,
 María Belén González-Bernárdez⁽²⁾.

(1) Enfermera (RN), Centro de Salud O Carballiño (Ourense).

(2) Enfermera (RN), Centro de Salud O Irixio (Ourense).

Contacto: mar1983ia@yahoo.es

CONFLICTOS DE INTERÉS:

Las autoras declaran no tener conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Asociación Española de Enfermería Vasculat y Heridas. Guía de práctica clínica: Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético. 3ª edición. Madrid. AEEVH, 2017.
2. Harding K, Armstrong DG, Barrett S, et al. Consenso internacional. Función de las proteasas en el diagnóstico de heridas. Revisión de un grupo de trabajo de expertos. Londres: Wounds International; 2011.
3. Ferranti-Ramos A, Garza-Garza G, Bátiz-Armenta J, Martínez-Delgado G, De la Garza-Álvarez F, Martínez-Menchaca HR. et al. Metaloproteinasas de la matriz extracelular y su participación en el proceso de cicatrización. *Medicas UIS*. 2017; 30(2): 55-62.
4. Marinelo Roura J, Verdú Soriano J (Coord.). Conferencia nacional de consenso sobre las úlceras de la extremidad inferior (C.O.N.U.E.I.). Documento de consenso. 2ª Ed. Madrid: Ergon; 2018.
5. García-Martínez MB, Raña-Lama CD. Guía práctica de úlceras de la extremidad inferior. [Guía práctica nº 2]. En: Rumbo-Prieto JM, Raña-Lama CD, Cima-devila-Álvarez MB, Calvo-Pérez AI, Fernández-Segade J, editores. Colección de guías prácticas de heridas del Servicio Gallego de Salud. Santiago de Compostela (A Coruña): Xunta de Galicia. Consellería de Sanidad. Servicio Gallego de Salud; 2016.
6. NNNConsult.com [Sede Web]: Elsevier B.V.; 2020. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/>
7. Domínguez-Cruz JJ, Pereyra-Rodríguez JJ, Ruiz-Villaverde R. Empoderamiento y dermatología. *Actas Dermosifiliogr*. 2018;109(2):133-9.
8. Atkin L, Bučko Z, Conde Montero E, Cutting K, Moffatt C, Probst A, Romanelli M, Schultz GS, Tettelbach W. Implementing TIMERS: the race against hard-to-heal wounds. *J Wound Care*. 2019; 23(Sup3a):S1-S50.