

- *Dermatología psicosomática, la relación mente y piel.*
- *Formación dermatológica en hidradenitis supurativa o acné inversa.*
- *Decálogo de iontoforesis para el tratamiento de la hiperhidrosis palmo-plantar en domicilio.*
- *Prevalencia de úlceras por presión en la población mayor de 75 años de Fuenterrabías.*
- *Revisión histórica sobre el uso en heridas del emplastro confortativo de Vigo.*
- *Paciente portadora de fístula enterocutánea crónica a modo de ileostomía, que presenta baja autoestima y deterioro de la integridad cutánea.*
- *Prescribir Apps dermatológicas para pacientes y profesionales.*
- *XIV Congreso Nacional de Enfermería Dermatológica.*

EDITA:  ANEDIDIC
ASOCIACIÓN NACIONAL ENFERMERÍA DERMATOLÓGICA

número

31

año 11. mayo-agosto 2017



Dialnet

latindex



ISSN-e: 2386-4818



DERMATOLOGÍA PSICOSOMÁTICA, LA RELACIÓN MENTE Y PIEL

PSYCHOSOMATIC DERMATOLOGY, THE CONNECTION MIND AND SKIN

Autores: José María Rumbo Prieto^(1,3), Elena Castellano Rioja^(2,3)

(1) PhD. Supervisor de Cuidados, Investigación e Innovación. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

(2) PhD. Psicóloga. Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Valencia.

(3) Grupo de investigación: Integridad y Cuidados de la Piel. Universidad Católica de Valencia.

Contacto: jmrumbo@gmail.com

Fecha de recepción: 17/07/2017

Fecha de aceptación: 22/07/2017

La piel que envuelve nuestro cuerpo constituye la frontera y punto de contacto entre el mundo interior/externo y funciona a la vez como receptor y emisor; es por ello que, frecuentemente sirve como indicador visible del estado anímico y de los problemas emocionales. De forma fisiológica, enrojecemos si estamos avergonzados, palidecemos con el miedo. De hecho, se postula un origen común del ectodermo de la piel y el sistema nervioso, lo que podría explicar esta respuesta conjunta. Si por cualquier motivo, la alteración emocional que sufre una persona no queda resuelta de forma satisfactoria, puede dar lugar a síntomas físicos, cuyo proceso da lugar a las llamadas “somatizaciones” (transformar problemas psíquicos en síntomas orgánicos de manera involuntaria).

Las somatizaciones cutáneas (zonas de la piel que reaccionan ante estímulos psíquicos) engloban aquellas patologías dermatológicas (enfermedad física) que vienen producidas o favorecidas por algún factor psicológico o psiquiátrico y por la influencia del ambiente que les rodea.

Desde la existencia de la humanidad y la aparición de las enfermedades, uno de los temas más controvertidos para la medicina ha sido justificar la relación causal entre mente (psique) y cuerpo (soma); es decir como la vida psíquica está relacionada con el bienestar físico y con la aparición de síntomas y enfermedades, y viceversa. Aunque en la actualidad se tiene una idea más integral de mente y cuerpo como un todo, como

una unidad, esto no siempre fue así. El hombre ha pasado por diversos paradigmas: Descartes (siglo XVI) consideraba al hombre un ser racional, para Darwin (siglo XIX) era un ser biológico, para Comte (siglo XIX) el ser humano era un ser social, mientras que para Freud (siglo XX) el ser humano era un ser psicológico⁽¹⁾. Es por ello, que la concepción de la integración global de mente y cuerpo hace que la persona sea considerada un ser biopsicosocial^(2,3) dando lugar a lo que hoy conocemos como medicina holística; ya que lo que afecta al cuerpo repercute en la mente y al revés, todo ello influido por el medio que rodea a la persona (entorno social).

Los conocimientos actuales indican que hay bastante relación física en los trastornos psíquicos y mucha relación de salud mental en los trastornos físicos; según recoge la última actualización del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5)⁽⁴⁾. Así mismo, sin querer entrar en los dilemas de la epistemología, nosografía y terminología que existen sobre el campo de la medicina psicosomática y el mundo de la fisiopatología humana; observamos que cuando nos referimos a temas de patología dermato-psiquiátrica, el DSM-5 no utiliza los términos “psicosomático”, “psicocutáneo”, “psicodermatología”,... muy comunes en la literatura dermatológica, pero no en psiquiatría; sino que los denomina como “Factores psicológicos que afectan a otras afecciones médicas” incluido dentro del grupo de trastornos de síntomas

somáticos y trastornos relacionados⁽⁵⁾. Sin embargo, podemos encontrar otros manuales diagnósticos de psiquiatría que hacen referencia a la medicina psicosomática⁽⁶⁾ utilizando para ello el término de “afecciones psicosomáticas” o el de “patologías psicosomáticas”⁽⁷⁾, para referirse a patologías que relacionan variables psicológicas, psicopatológicas o conductuales con síntomas corporales, disfunciones biológicas o enfermedades somáticas.

En cambio, desde la perspectiva de la dermatología, si existe una disciplina denominada psicodermatología o medicina psicocutánea⁽⁸⁾ que se ocupa del estudio de los pacientes que consultan al dermatólogo y cuyo proceso cutáneo tiene asociado un componente psicológico. Es pues, una disciplina de transición o limítrofe entre las dos especialidades (dermatología y psiquiatría), que se ocupa de estudiar la influencia del estrés psicosocial en las reagudizaciones o cronificación de diversas enfermedades dermatológicas, así como de analizar también la comorbilidad psiquiátrica existente en numerosas dermatosis⁽⁹⁾. Aunque, recientemente se ha desarrollado una nueva disciplina, la psiconeuroendocrinoinmunología (PNEI) que estudia la relación existente entre los factores psicológicos, los hormonales, y los inmunológicos.

En el día a día de la actividad asistencial de la consulta de dermatología, podemos encontrar nos con pacientes que presentan una afección que ofrece “sospechas” de padecer una somatización en forma de una enfermedad mental con expresión dermatológica⁽⁹⁾; una dermatosis en la que los factores emocionales tienen un papel patógeno más o menos importante; o como una alteración cutánea que trastorna al paciente a causa de su carácter emocional. Es por ello, que no debemos confundir las enfermedades dermatológicas, en las que los trastornos emocionales o psiquiátricos actúan como precursores o desencadenantes de la aparición, recaídas y persistencia de las mismas; distinto de las dermatopatías secundarias a trastornos psíquicos ^(Tabla nº1), ya que, aunque el resultado final sea una lesión o alteración de la piel (por somatización o enfermedad dermatológica), el enfoque terapéutico siempre será distinto en todos los casos; no existiendo dos casos iguales de somatización cutáneas.

Podemos asegurar que la relación entre la mente y la piel es muy estrecha, tanto que los pacientes con enfermedades dermatológicas tienen un 20% más de alteraciones psíquicas y psiquiátricas, en relación al resto de la población. Sufren más ansiedad, fobias, aislamiento social...

<p>Afecciones cutáneas con una elevada incidencia de factores psicoemocionales</p>	<p>Hiperhidrosis, dishidrosis, prurito, urticaria, liquen simplex, dermatitis atópica, acné, rosácea, alopecia areata, psoriasis, herpes, dermatosis seborreica, etc.</p>
<p>Afecciones dermatológicas con presumible rebote psicosomático</p>	<p><u>En la infancia:</u> ictiosis, alopecia, epidermólisis bullosa, nevus, angioma, etc. <u>En la adolescencia:</u> acné, alopecia, etc. <u>En la edad adulta:</u> rosácea, alopecia, dermatitis seborreica, envejecimiento cutáneo (dermatoporosis)</p>
<p>Síndromes psiquiátricos con expresión dermatológica</p>	<p><u>Lesiones dermatológicas autoaflijidas:</u> dermatitis artefacto, excoriaciones neuróticas, tricotilomanía. <u>Hipocondrías (fobias):</u> venereofobia, dismorfofobia, bromhidrosifobia, glosodinia, signo de Rusell. <u>Delirios parasitarios:</u> síndrome de Ekbohm <u>Adicción a sustancias:</u> afectaciones mucosas en fumadores de crack o inhaladores de cocaína.</p>

Tabla nº1. Clasificación de afecciones psicodermatológicas (modificado de Panconesi E.)⁽⁸⁾.

La mayoría de los afectados padecen episodios ansioso-depresivos y valora su calidad de vida de forma negativa, según recogen diferentes estudios científicos⁽¹⁰⁻¹⁵⁾.

Con los nuevos diagnósticos diferenciales y las terapias dimensionales aplicados a la psicodermatología, surge el modelo dinámico de vulnerabilidad. El grado de vulnerabilidad varía de intensidad en los diferentes estadios de la vida de una persona. Cuando la vulnerabilidad es alta, pequeñas situaciones estresantes (físicas, psíquicas o sociales) son suficientes para desencadenar un trastorno psicocutáneo que conducen a un deterioro del estado físico y mental, mientras que en periodos de vulnerabilidad baja son necesarios estresantes de mayor nivel. Todas las actuaciones que aumenten el bienestar general mejoran la adaptación a la vulnerabilidad. Se puede decir que un trastorno, tanto dermatológico como psicodermatológico, sólo se manifestará si existe una vulnerabilidad específica para ese trastorno y si existe una falta de estrategias de adaptación adecuadas^(15,16).

En definitiva, algunas de las patologías con más repercusión psicológica que podemos encontrar en las unidades de enfermería dermatológica son la psoriasis (sobre todo en fases agudas) (imagen 1), el vitíligo (imagen 2) y el acné (imagen 3), por las características biopsicosociales que rodea al paciente (enfermedades estigmatizantes). Un abordaje holístico integral y de acorde con las evidencias, requiere implantar y mantener una formación continuada de enfoque multidisciplinar y crear unidades específicas en psicodermatología⁽¹⁷⁾; es decir, sería una oportunidad de para que, el especialista en salud mental enfermero y los profesionales de enfermería dermatológica, dentro del contexto multidisciplinar, podría administrar cuidados de manera adecuada en ambas afectaciones, psique y piel. Así, se evitaría la “peregrinación” del paciente de una consulta a otra, y se ofrecería un tratamiento personalizado completo, con la consecuente mejora de la calidad de vida y la seguridad para el paciente “psicocutáneo”.



Imagen 1. Psoriasis (Foto cedida por F. Palomar).



Imagen 2. Vitíligo (Fuente: dermapixel.blogspot.com).



Imagen 3. Acné (Fuente: dermapixel.blogspot.com).

BIBLIOGRAFÍA

1. Barrera-Méndez JA. Enfermedades Psicósomáticas: cuando la mente enferma al cuerpo. En: Psicoactiva.com, web de psicología y ocio inteligente [página Web]. Lleida: Psicoactiva; 2017 [Actualizado en 2012; acceso 12 de julio de 2017]. Disponible en: <https://www.psicoactiva.com/blog/enfermedades-psicosomaticas-cuando-mente-enferma-cuerpo/>
2. Prado-Díaz A. Ciencia, arte y disciplina: un cuidado integral desde las ciencias básicas. Conocimientos en Enfermería [Online]. 2017 [Acceso 12 de julio de 2017]; 1(1): 45-9. Disponible en: <http://revistasojs.unilibrecali.edu.co/index.php/ce/article/view/402/500>
3. Borrell i Carrió F. El modelo biopsicosocial en evolución. Med Clin (Barc) [online]. 2002 [Acceso 12 de julio de 2017]; 119(5):175-9. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-english-edition-462-pdf-13034093-S300>
4. Vallejo-Pareja MA. De los trastornos somatomorfos a los trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados. C Med Psicósom [online]. 2014 [Acceso 12 de julio de 2017]; 11(0): 75-8. Disponible en: <http://www.editorialmedica.com/download.php?idart=601>
5. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®. [Monografía online]. Arlington (VA): American Psychiatric Publishing; 2013. [Acceso 12 de julio de 2017]. Disponible en: <https://areaclinicapediatrica.files.wordpress.com/2016/03/d5-completo-en-espac3b1ol.pdf>
6. Kaplan BJ, Sadock VA, editores. Medicina psicósomática. En: Kaplan & Sadock Sinopsis de psiquiatría. 10ª Ed. [Online]. Lippincott, Williams & Williams; 2009. p. 813-38. [Acceso 12 de julio de 2017]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/324537370/Kaplan-Sinopsis-de-Psiquiatria-pdf>
7. Valdés Miyar M. Patologías psicósomáticas. En: Palomo T, Jiménez-Arriero MA, editores. Manual de psiquiatría. [Internet]. Madrid: Grupo ENE Publicidad, S.A; 2009. p. 641-9. [Acceso 12 de julio de 2017]. Disponible en: <https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/11/manual-de-psiquiatria.pdf>
8. Panconesi E. Notas introductorias sobre la clasificación de las modalidades clínicas en dermatología psicósomática En: Grimalt F, Cotterill JA, editores. Dermatología y Psiquiatría. Historias clínicas comentadas. [Internet]. Madrid: Grupo Aula Médica SA; 2002. p. 127-32. [Acceso 12 de julio de 2017]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/49009605/DermatologiaYPsiquiatria>
9. Bonías-López I. Somatizaciones cutáneas. Enferm Dermatol [online]. 2009 [Acceso 12 de julio de 2017]; 3(6): 8-15. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4330418.pdf>
10. Tardón L. Las enfermedades de la piel también afectan al estado de ánimo. En: elmundo.es, sección Salud [Página web]. Madrid: Unidad Editorial Internet, S.L., 2017 [Actualizado 27 de marzo de 2009; acceso 12 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2009/03/26/pielsana/1238087895.html>
11. Fernández Armenterosa JM, Molinero Ponce I, Castan Campanera E, Casanova Seuma JM. Perfiles psicológicos de los pacientes con psicodermatosis. Piel (Barc). 2016; 31(1): 15-25. Doi: 10.1016/j.piel.2015.05.009
12. una E, Peña Payero ML, Vargas Márquez A. Influencia de la ansiedad en diversas patologías dermatológicas. Actas Dermosifiliogr [online]. 2006 [Acceso 12 de julio de 2017]; 97(10):637-43. Disponible en: <http://www.actasdermo.org/es/pdf/13095246/S300/>
13. García MJ, Ruiz S. Estrés, calidad de vida y psoriasis: estado actual. Psiquiatr Biol [online]. 2001 [Acceso 12 de julio de 2017]; 8(4):141-5. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-psiquiatria-biologica-46-pdf-13019839-S300>
14. Rumbo-Prieto JM, Palomar-Llatas F. Intervenciones terapéuticas para la mejora de la calidad de vida de los pacientes adultos con vitiligo. ENE [online]. 2017 [Acceso 12 de julio de 2017]; 11(1): 0-0. Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/688/vitiligo>
15. Guerra-Tapia A, Asensio Martínez A, García Campayo J. El impacto emocional de la enfermedad dermatológica. Actas Dermosifiliogr [online]. 2015 [Acceso 12 de julio de 2017]; 106(9):699-702. Disponible en: <http://www.actasdermo.org/es/pdf/S0001731015002793/S300/>
16. Musalek M, Hobl B, Mossbacher U. Diagnóstico y clasificación en psicodermatología. En: Grimalt F, Cotterill JA, editores. Dermatología y Psiquiatría. Historias clínicas comentadas. [Internet]. Madrid: Grupo Aula Médica SA; 2002. p. 133-42. [Acceso 12 de julio de 2017]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/49009605/DermatologiaYPsiquiatria>
17. Parramon Puig G, Aparicio Español G. Unidades de psicodermatología. Piel (Barc). 2015; 30(3): 145-7. Doi: 10.1016/j.piel.2014.06.005

FORMACIÓN DERMATOLÓGICA EN HIDRADENITIS SUPURATIVA O ACNÉ INVERSA.

DERMATOLOGICAL FORMATION IN HIDRADENITIS SUPPURATIVA OR ACNE INVERSA

Autor: Luis Arantón Areosa^(1,4), Federico Palomar Llatas^(2,4), José María Rumbo Prieto^(3,4)

(1) PhD, MSc, RN (DUE). Gerencia de Gestión Integrada de Ferrol. Servicio Galego de Saúde (Sergas).

(2) PhD, MSc, RN (DUE). Unidad de Dermatología del Hospital Ggeneral de Valencia

(3) PhD, MSc, RN (DUE). Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Servicio Galego de Saúde (Sergas).

(4) Grupo de investigación: Integridad y cuidado de la piel. Universidad Católica de Valencia.

Contacto: luaranton@gmail.com

Fecha de recepción: 10/6/2017

Fecha de aceptación: 30/8/2017

RESUMEN:

La hidradenitis supurativa (HS) o acné inversa, se refiere a un proceso doloroso, crónico, supurativo que implica la piel y el tejido subcutáneo. Las manifestaciones clínicas de HS parecen resultar de una oclusión de las unidades folículo-pilo-sebáceas. El dolor físico, el olor, el drenaje crónico y la desfiguración son rasgos comunes de este trastorno. Los síntomas de la HS a menudo tienen un profundo efecto negativo en la calidad de vida de la persona que lo padece. Las primeras lesiones y síntomas clínicos de la HS a menudo imitan otros trastornos. El reconocimiento rápido del diagnóstico correcto es importante. El objetivo de este artículo fue describir este tipo de enfermedad y que cuidados y tratamientos son necesarios y adecuados para mejorar calidad asistencial.

Palabras Clave: hidradenitis supurativa, acné inversa, enfermedad de Verneuil, glándulas apocrinas, Clasificación de Hurley.

ABSTRACT:

The hidradenitis suppurative (HS) or acne inverse, refers to a painful, chronic, suppurative process involving the skin and subcutaneous tissue. Clinical manifestations of HS appear to result from occlusion of the follicle-pile-sebaceous units. Physical pain, odor, chronic drainage, and disfigurement are common features of this disorder. The symptoms of HS often have a profound negative effect on the quality of life of the person who has it. The first lesions and clinical symptoms of HS often mimic other disorders. Rapid recognition of correct diagnosis is important. The objective of this article was to describe this type of disease

and what care and treatments are necessary and adequate to improve quality of care

Keywords: hidradenitis suppurative, acne inversa, Verneuil's disease, apocrine glands, classification of Hurley.

INTRODUCCIÓN:

La hidradenitis o hidrosadenitis supurativa (o supurada), término que procede del griego hidros = sudor y aden = glándulas, es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel que también se conoce como acné inversa, enfermedad de Verneuil, o más comúnmente como “bartolinos” o “golondrinos”⁽¹⁻³⁾.

La hidradenitis supurativa (HS) implica un trastorno supurativo y de cicatrización de los folículos pilosebáceos⁽⁴⁾, que afecta a los grandes pliegues y áreas intertriginosas^(imagen 1), donde predominan las glándulas sudoríparas apocrinas: regiones axilares, inguinales, infra e intermamarias, periné, región perineal y glútea.

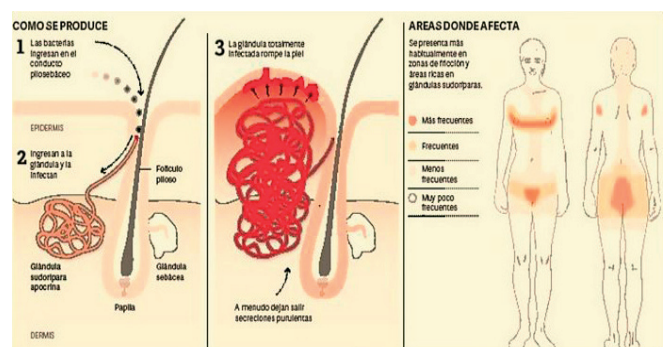


Imagen 1. Formación de la hidradenitis supurativa (Fuente: infografía obtenida de clarin.com)⁽⁴⁾

Las manifestaciones clínicas de la HS son heterogéneas y se caracteriza por la aparición de nódulos inflamados recurrentes que evolucionan hacia la formación de abscesos y supuración^(Imagen 2) y en las formas más graves, a la formación de fístulas, túneles (sinus) y bandas de cicatrices hipertróficas y fibrosas muy características^(3,5). El dolor asociado, el mal olor, el drenaje y la desfiguración que acompañan al HS contribuyen a un profundo impacto psicosocial de la enfermedad en muchos pacientes⁽⁶⁾.



Imagen 2. Hidradenitis suppurativa en axila (nódulos, tunelizaciónes y cicatrices) (Fuente: Dermapixel.com; licencia CC 3.0).

Las estimaciones de la prevalencia de HS oscilan entre menos del 1% hasta el 4%⁽⁵⁻⁸⁾. El inicio de los síntomas típicamente ocurre entre la pubertad y la edad de 40 años, con inicio habitual en la segunda o tercera década de vida. Las mujeres son más propensas a desarrollar HS que los hombres^(9,10).

Las primeras lesiones y síntomas clínicos de la HS a menudo imitan otros trastornos; el diagnóstico erróneo como forunculosis recurrente o "forúnculos" suele ser común. El reconocimiento rápido del diagnóstico correcto es importante. Un diagnóstico precoz y preciso facilita el inicio de un plan de tratamiento y unos adecuados cuidados dirigido a minimizar el riesgo de progresión hacia estadios más graves de la enfermedad.

ETIOPATOGENIA:

Actualmente, no se conoce bien todo el proceso de etiología y patogénesis de la HS. A diferencia de las primeras teorías que implicaban a las glándulas apocrinas como las principales estructuras; están surgiendo estudios que apoyan las teorías centradas en el folículo para la patogénesis.

La oclusión folicular, la rotura folicular y una respuesta inmune asociada parecen ser eventos importantes en el desarrollo de las manifestaciones clínicas de HS. La oclusión folicular parece ser el resultado de la proliferación ductal de los queratinocitos (hiperplasia epitelial folicular), causando hiperqueratosis folicular y taponamiento^(11,12).

El estrés mecánico (presión, fricción o cizallamiento) en la piel, particularmente en las áreas intertriginosas, da lugar a fugas de antígenos de tamaño molecular que estimulan el sistema inmune adaptativo y sistema inmune innato^(11,13,14); si no se produce una reparación suficiente del conducto folicular comprometido, el conducto folicular eventualmente puede romperse, lo que conduce a la liberación de contenidos macrofoliculares (queratina, productos sebáceos, bacterias) y desechos inflamatorios. Con el tiempo, la respuesta inflamatoria aguda inicial puede evolucionar hacia una inflamación granulomatosa crónica de tipo cuerpo extraño⁽¹²⁾.

Los defectos en el soporte de la pared folicular pueden predisponer a los individuos con HS a la rotura folicular. La rotura folicular puede promover la formación de tractos sinusales (túneles) que posteriormente proliferan y forman hebras epiteliales. Los sinus formados se abren finalmente sobre la superficie de la piel y se inflaman crónicamente^(13,15).

Quedan interrogantes sobre qué papel tiene el sistema inmunológico en la desregulación de los sistemas inmunes innatos y adaptativos en la HS. Parece que algunos estudios sugieren ciertas similitudes entre la HS y la enfermedad de Crohn, que pueden ayudar en el descubrimiento de nuevos mecanismos y avanzar en el tratamiento de la HS⁽¹⁶⁾.

FACTORES PREDICPONENTES:

Los factores más frecuentes que pueden estar asociados con el desarrollo o la exacerbación de la HS son:

- Susceptibilidad genética; se estima que aproximadamente el 40% de los pacientes con HS tienen un familiar de primer grado afectado⁽¹⁷⁾. Los pacientes con inicio precoz (etapa infantil, inicio antes los 14 años) pueden ser más propensos a tener antecedentes familiares de la enfermedad⁽¹⁸⁾.

- Estrés mecánico; el aumento de la tensión mecánica (presión, fricción, cizallamiento) en la piel intertriginosa y otras áreas (líneas de la cintura, correas del sujetador y otros sitios de rozamiento de la ropa) contribuye al aumento de la probabilidad de oclusión folicular y aparición de la HS^(7,13).
- Obesidad; el exceso de peso es más común en los pacientes con HS que en la población general; sin embargo, la enfermedad no se limita a personas con sobrepeso u obesidad. Varios estudios han encontrado una correlación positiva entre el aumento del IMC (índice de masa corporal) y la gravedad de la enfermedad⁽¹⁹⁻²⁴⁾.
- Tabaquismo; hay una fuerte relación entre fumar y la HS. La mayoría de los pacientes afectados son fumadores⁽²⁵⁻²⁷⁾. Los efectos estimulantes de la nicotina y otros componentes del tabaco favorecen la oclusión folicular, y se han citado como posibles factores contribuyentes^(9,28).
- Hormonas; existe cierta asociación de la HS y hormonas androgénicas. Se sabe que el tratamiento con agentes anti-androgénicos mejora la HS en niños prepuberales⁽²⁹⁾. Sin embargo, son necesarios más estudios adicionales para determinar el papel de las hormonas en la colaboración de la HS.
- Bacterias; el papel de las bacterias es controvertido. Los cultivos de lesiones tempranas, no abiertas son usualmente estériles. En las lesiones más antiguas y rotas, los cultivos positivos pueden representar contaminantes de la flora de la piel normal o infección secundaria. Se ha propuesto la teoría de que las bacterias pueden contribuir a promover una respuesta inflamatoria, y la formación de biofilm bacteriano favorece la persistencia del proceso inflamatorio de la HS⁽³⁰⁻³²⁾.
- Medicamentos; hay estudios que relacionan los anticonceptivos orales con progestinas androgénicas, acetato de medroxiprogesterona intramuscular o levonorgestrel en DIU (dispositivo intrauterino), como medicamentos que pueden precipitar o empeorar la HS⁽³³⁾. Así mismo, el tratamiento con litio ha reportado varios casos de HS^(34,35). Paradójicamente, en las terapias anti-TNF-alfa y otros tratamientos biológicos dado para otras enfermedades inflamatorias crónicas, producen como efecto adverso una HS.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

La HS ocurre predominantemente en áreas intertriginosas. Puede afectar a las axilas (área más común), área inguinal, parte interna de los muslos, áreas perianal y perineal, regiones mamaria e inframamaria, nalgas, región pubiana, escroto, vulva, tronco y, en ocasiones, cuero cabelludo y áreas retroauriculares⁽³⁷⁾.

El género de la persona (sexo) también suele influir en la distribución de la HS. Las localizaciones primarias en las mujeres son la ingle o parte superior del muslo, la axila, el pecho (incluyendo el pecho y las regiones inframamarias), y las nalgas o las hendiduras glúteas^(24,38). En los hombres, las áreas primarias de localización son la ingle o el muslo, la axila, las regiones perineales o perianales, y las nalgas o fisura glútea^(22,25,38). Otros lugares de aparición de la HS en la piel no intertriginosa, común a ambos sexos, son los sitios de compresión cutánea y fricción: zona de la cintura por rozamiento con cinturones, pliegues abdominales, zona de hombros y pecho por correas de sujetador o bandas.

La mayoría de las veces, la primera lesión visible de la HS es un nódulo inflamado solitario, doloroso, profundamente arraigado (0,5 a 2 cm de diámetro), a menudo en un área intertriginosa. El inicio puede ser insidioso, con ocasionales nódulos solitarios y dolorosos que pueden durar varios días a meses. Los episodios recurrentes de formación de nódulos pueden ocurrir en la misma ubicación o en la misma región de la piel. El diagnóstico de HS en esta etapa suele ser infrecuente. Se cifra que la demora diagnóstica, a nivel mundial tiene un promedio de unos siete años⁽³⁹⁾ y en España de unos 9 años⁽⁴⁰⁾. Los nódulos inflamatorios son comúnmente diagnosticados erróneamente como "forúnculos" o forunculosis. A diferencia de los forúnculos, en la HS, las lesiones son profundas, dolorosas y redondeadas, y carecen de la apariencia puntiaguda de los forúnculos^(8,41).

Después de un período de tiempo variable, el nódulo por lo general progresa para formar un absceso que puede romperse espontáneamente (o como resultado de la manipulación por el paciente), produciendo drenaje purulento o serosanguinolento. El dolor a menudo mejora después del drenaje. Otros nódulos pueden remitir sin ser drenados al cabo de una o varias semanas.

A veces, pueden desarrollarse múltiples nódulos recurrentes dentro de un área limitada dando lugar a la formación de fístulas intercomunicadas, con liberación intermitente de sangrado sero-purulento y maloliente⁽⁴²⁾. También, pueden formarse comedones abiertos con uno o varios orificios foliculares.

La aparición de áreas cicatrizadas abarca desde cicatrices acneiformes, después de la resolución de nódulos pequeños, hasta bandas densas, fibróticas o placas induradas, gruesas y marcadas que afectan a toda la zona afectada. Las cicatrices también pueden ser atróficas (particularmente en el tronco) o queloides, y las cicatrices en las nalgas se manifiestan a veces, como múltiples cicatrices⁽⁴³⁾.

En áreas de piel de flexura laxa, como la axila, la cicatrización puede dar lugar a bandas gruesas, lineales, similares a cuerdas. Las cicatrices severas en la axila pueden resultar en la movilidad reducida del brazo o en la obstrucción linfática que conduce al linfedema. La afectación de la ingle puede conducir al linfedema del pubis a toda el área bulbar en las mujeres o linfedema del pene y/o escrotal en los hombres⁽⁴⁴⁾.

La HS tiene un impacto significativo en la calidad de vida del paciente⁽⁶⁾. El dolor es una de las causas principales de la disconfort, junto con el aspecto desfigurante y el mal olor que acompaña a este tipo de lesiones; lo cual es considerado como algo vergonzoso y humillante. Los pacientes pueden llegar a experimentar aislamiento social, ansiedad y depresión, rechazo en relaciones personales, e incluso pérdida de empleo o económica^(55,56).

Los síntomas prodrómicos también se pueden experimentar antes de las erupciones de la enfermedad, incluyendo fatiga y prurito localizado o parestesias.

CLASIFICACIÓN CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO:

Existen varias escalas de clasificación y estadiaje para la HS; las de tipo cualitativa, como la estadiación de Hurley, y otras cuantitativas, como las de Sartorius y Sartorius modificada, la Hidradenitis Suppurativa Physician Global Assessment (HS-PGA) o la Hidradenitis Suppurativa Clinical Response (HiSCR), entre otras⁽⁴⁰⁾.

El sistema de categorización más utilizado en práctica clínica es el de Hurley. Este autor clasificó los pacientes en tres grupos de gravedad: I, II, III, según la presencia y extensión de cicatrices y fístulas (Tabla 1)⁽⁴⁸⁾. Esta clasificación es muy sencilla y rápida de aplicar. Se trata de una clasificación cualitativa y estática que no tiene en cuenta el número de zonas afectadas ni el número de lesiones en cada área^(40,48).

El diagnóstico de la HS se realiza a partir de la historia del paciente y un examen completo de la piel; buscando las manifestaciones clínicas típicas de la patología. Las tres principales características clínicas que apoyan un diagnóstico de HS son las siguientes⁽⁸⁾:

- Lesiones típicas: múltiples nódulos profundos inflamados, presencia de comedones, tractos sinusales (fistulosos), abscesos y/o cicatrices fibróticas o hipertróficas.
- Localizaciones típicas: área intertriginosa, en particular axilas, ingle y zona inframamaria; a menudo la distribución es bilateral.

Estadio	Características de las lesiones	Observaciones (* de los autores del artículo)
Hurley I	Formación aislada o múltiple de abscesos aislados sin cicatrices o fístulas.	Algunos sitios secundarios con inflamación inespecífica, pueden ser confundidos con acné vulgar.
Hurley II	Abscesos recurrentes, una sola o múltiples lesiones ampliamente separadas, con formación del tracto fistuloso (sinusal).	La inflamación frecuente restringe el movimiento y puede requerir cirugía menor como incisión y drenaje.
Hurley III	Múltiples abscesos y fístulas interconectados por toda el área, y presencia de cicatrices.	Se produce inflamación en la zona del tamaño de pelotas de pin-pon.

Tabla 1. Sistema de estadiación de Hurley para la Hidradenitis Suppurativa

- Recaídas frecuentes y cronicidad: nódulos inflamatorios recurrentes (que no se resuelven espontáneamente), con tendencia a la formación de sinus y cicatrices fibrosas.

El reconocimiento de esta clínica y de los patrones característicos de la cicatrización puede permitir el reconocimiento de la enfermedad en etapas tempranas. La historia del paciente es una valiosa herramienta para el diagnóstico de la HS. La aparición en la adolescencia o en la edad adulta, un historial de enfermedad recurrente o persistente, o una historia familiar de HS ofrecen apoyo para un diagnóstico precoz. Los pacientes con características atípicas también deben ser interrogados acerca de los síntomas gastrointestinales para identificar a los pacientes que pueden beneficiarse de una evaluación de la enfermedad de Crohn (diagnóstico diferencial)⁽⁸⁾.

Referente a los estudios y pruebas de laboratorio, por lo general, una biopsia de piel no es necesaria para el diagnóstico. Sin embargo, en casos en los que el diagnóstico es incierto, una biopsia puede ser útil para excluir otros trastornos y patologías (por ejemplo, si existen rasgos sugestivos de carcinoma de células escamosas)⁽⁸⁾.

Cultivos bacterianos de rutina no están indicados. Los cultivos se reservan para casos en los que los hallazgos clínicos sugieren un trastorno infeccioso primario en la zona de la HS o si hay evidencia clínica de celulitis secundaria⁽⁸⁾. Actualmente, no existen ningún estudio serológico que confirme (con seguridad y fiabilidad) el diagnóstico de HS.

La imagen radiológica no es necesaria para el diagnóstico de HS; sin embargo, la ecografía puede ser útil para la evaluación preoperatoria de la extensión subclínica de la enfermedad^(8,49-51). La resonancia magnética puede ser útil para delimitar la enfermedad ano-genital extensa⁽⁵²⁾.

Finalmente, se debe tener la habilidad suficiente para realizar un diagnóstico diferencial de algunas enfermedades que se manifiestan a través de nódulos inflamados, abscesos recurrentes o tractos sinusales, que pueden ser confundidos con HS. Algunas patologías y síndromes parecidos son: piodermas foliculares (foliculitis, forúnculos, carbuncos); acné vulgar; enfermedad de Crohn; granuloma inguinal (donovanosis); actinomicosis, fístula anal, enfermedad de rasguño

de gato, celulitis, quiste epidermoide inflamado, absceso isquio-rectal, linfogranuloma venéreo, nocardiosis, sífilis nódulo-ulcerativa, absceso perirectal, absceso tuberculoso y tularemia^(6,53).

COMPLICACIONES DE LA HIDRADENITIS SUPURATIVA:

La HS de larga duración y mal controlada puede conducir a importantes consecuencias biopsicosociales. Las complicaciones incluyen^(7,53,54):

- Estenosis y contracturas.
- Obstrucción linfática, linfedema de extremidades y genitales.
- Efectos a largo plazo de la inflamación crónica incluyendo anemia, hipoproteinemia y amiloidosis.
- Complicaciones infecciosas (absceso epidural lumbosacro, osteomielitis sacral bacteriana...).
- Artritis.
- Carcinoma de células escamosas.
- Malestar, depresión y suicidio.

TRATAMIENTO Y CUIDADOS TERAPÉUTICOS:

La HS puede permanecer activa durante muchos años después del inicio, que es generalmente en la edad adulta temprana. La elección de la mejor estrategia o intervención terapéutica para tratar la HS, se dirigen a cumplir uno de los siguientes objetivos principales⁽⁵⁵⁾:

- Reducir la frecuencia de nuevas lesiones, minimizando el dolor y la supuración.
- Prevenir la progresión de la enfermedad limitando la formación de cicatrices.
- Tratar las lesiones y cicatrices existentes, a través de una combinación de fármacos y/o una intervención médico-quirúrgica.

El diagnóstico precoz de HS es esencial porque la mayoría de los casos pueden ser tratados eficazmente cuando se diagnostican en una etapa temprana⁽³⁹⁾. El abordaje holístico de la enfermedad requiere un enfoque multidisciplinario, con coordinación entre dermatólogos, enfermeros especialistas en dermatología, cirujanos con experiencia axilar e inguinal, expertos en curación

de heridas y participación de psicólogos clínicos. Además, conviene adecuar estrategias diferenciadoras entre los distintos niveles asistenciales.

En la actualidad, existen más de 50 intervenciones para el tratamiento de HS⁽⁵⁵⁾, incluyendo terapias médicas (antibioterapia, terapias biológicas...), terapias no farmacológicas, terapias médico-quirúrgicas y terapias experimentales. La gravedad de la enfermedad, la tolerancia del paciente a agentes específicos, las comorbilidades y el costo y la disponibilidad del tratamiento orientarán las opciones de tratamiento más adecuadas en cada caso:

ENFOQUE TERAPÉUTICO GENERAL:

Independientemente de la gravedad de la enfermedad, la atención a la educación y apoyo psicológico del paciente, favorecer la autonomía, el manejo de las comorbilidades y el manejo del dolor, son cuidados e intervenciones esenciales para mejorar la calidad de vida de estos pacientes^(45,55,56).

- **Educación sanitaria y apoyo psicológico:** Los pacientes deben ser informados de que la enfermedad no es ni contagiosa ni debido a una mala higiene.
- **Evitar traumatismos en la piel:** Los factores que promueven la maceración cutánea y el traumatismo folicular pueden contribuir al empeoramiento de la HS debido a la inflamación, la oclusión folicular y la rotura folicular. Aconsejamos a los pacientes que usen ropa suelta y ligera y que eviten activamente el calor excesivo, la fricción y la fricción/presión por cizallamiento. El lavado con esponjas sintéticas o cepillos debe ser evitado para evitar trauma innecesario de la piel y la irritación⁽⁵⁵⁾.
- **Uso de apósitos:** en el caso de lesiones exudativas o de herida postoperatoria, se deben seleccionar apósitos que minimizan el trauma de la piel⁽⁵⁵⁾. Para evitar que los apósitos absorbentes se peguen a la herida, se puede aplicar vaselina directamente o apósitos con malla de vaselina o silicona. Debe evitarse la cinta adhesiva y, en su lugar, se pueden utilizar vendajes elásticos adecuados no compresivos (sujeción tubular o de tipo malla) para sujetar el material absorbente en la zona afectada.
- **Deshabitación tabáquica:** a pesar de que no existen evidencias directas del impacto del abandono del hábito tabáquico en la reducción de la HS; si se ha observado que desincentivar rutinariamente el tabaquismo y otros usos de la nicotina, ayuda a mejorar la salud cardiovascular y reduce el riesgo de comorbilidades asociadas al tabaco. Es por ello, que debemos ofrecer todos los recursos disponibles y el apoyo necesario para el abandono del hábito de fumar, como buena práctica clínica que debe formar parte del enfoque multidisciplinario del manejo del HS⁽⁵⁵⁾.
- **Control de peso:** el exceso de peso es un factor relacionado con la oclusión de la piel, la fricción de la piel, las fuerzas de cizallamiento en la piel, la hiperinsulinemia y otros cambios hormonales; sin embargo, no existe una clara asociación causal entre el peso y HS^(7,18,25); aún así, es una buena práctica clínica controlar el peso (con modestas reducciones de peso, si es el caso)⁽⁵⁷⁾ llevar una alimentación saludable (sin excesos de azúcar y grasas), y tratar farmacológicamente patologías metabólico-endocrinas como la diabetes (a través de antidiabéticos); lo que favorece mejorar la evolución de la HS⁽⁵⁵⁾.
- **Higiene con antisépticos:** Los lavados antisépticos tópicos como la clorhexidina al 4% pueden ser útiles para HS. La clorhexidina se puede usar para ducharse, comenzando con una vez por semana y aumentando hasta una vez al día según lo tolerado. Además, algunos pacientes encuentran que los emolientes que contienen cloruro de Benzalconio, un agente antimicrobiano, son útiles⁽⁵⁵⁾.
- **Manejo de las comorbilidades:** los pacientes con HS tienen una mayor predisponibilidad y riesgo a tener dependencia del alcohol, drogas, artropatías, cardiopatías, vasculitis, diabetes, dislipemia, síndromes foliculares, hipertensión, linfoma, neoplasias malignas, síndrome metabólico, síndrome de ovario poliquístico, trastornos psiquiátricos y psicológicos, trastornos reumatológicos y enfermedad tiroidea^(55,58,59). La gestión multidisciplinaria de las comorbilidades puede mejorar los resultados de los pacientes.
- **Manejo del dolor:** El dolor de los nódulos y abscesos HS puede causar trastornos del sueño, limitar la función e inducir trastornos

psicológicos. Los antiinflamatorios no esteroideos se pueden utilizar para tratar tanto el dolor como la inflamación. Puede ser necesaria una analgesia adicional, incluida la analgesia opiácea⁽⁵⁵⁾.

ESTRATEGIA TERAPÉUTICA SEGÚN GRAVEDAD (Escala de Hurley)

- **Hurley etapa I (HS leve)** (imagen 3)

El tratamiento local combinado con los enfoques generales descritos anteriormente es el tratamiento de primera elección de la HS leve. Las medidas locales útiles incluyen clindamicina tópica al 1%^(55,60), inyecciones de corticosteroides intralesionales como terapia adyuvante⁽⁶¹⁾, desbridamiento quirúrgico (la escisión y el drenaje simples no se realizan generalmente porque los nódulos se vuelven recurrentes)⁽⁵⁵⁾ y la aplicación de resorcinol tópico al 15% en crema, directamente sobre los nódulos inflamados (posee características queratolíticas)⁽⁶²⁾. Cuando estas medidas son insuficientes, los antibióticos sistémicos de larga duración como las tetraciclinas orales (lymecycline o la doxiciclina), pueden ser beneficiosas⁽⁶³⁾.



Imagen 3. Hidradenitis supurativa leve en nalgas.
(Fuente: doccheck.com by Dr. Heinz-Günter K)

- **Hurley etapa II (HS moderada)** (imagen 4)

Terapia con antibióticos: Los antibióticos pueden ayudar a controlar la carga bacteriana de la piel; los efectos anti-inflamatorios asociados con algunos antibióticos también pueden mejorar la evolución favorable⁽¹³⁾. Los antibióticos de primera línea son las tetraciclinas orales (doxiciclina y minociclina), tiene escasos efectos secundarios

y el tratamiento generalmente se continúa durante varios meses. La terapia combinada con clindamicina y rifampicina es una opción que suele reservarse para pacientes que no responden a las tetraciclinas orales, debido a la preocupación por los efectos adversos e interacciones medicamentosas relacionados con el fármaco⁽⁶⁴⁾. Otros antibióticos, que se deben manejar con cuidado por sus efectos adversos y que solo se indican cuando fallan las demás terapias antibióticas, serían el uso de dapsona, para el tratamiento de múltiples enfermedades de la piel causadas por neutrófilos, que puede ser eficaz para la mejoría clínica en la HS leve a moderada, durante la fase temprana de nuevas lesiones⁽⁶⁵⁾, también la terapia combinada con rifampicina-moxifloxacina-metronidazol que resultó beneficiosa para reducir la actividad de la HS⁽⁶⁶⁾ y la eritromicina y cefalosporinas que también se han utilizado para la terapia antibiótica a largo plazo, para tratar la HS, con buenos resultados^(55,67).

Retinoides orales: la acitretina, isotretinoína, y la alitretinoína, se han utilizado para tratar HS moderada. La acitretina es el agente más utilizado con buenos resultados en algunos casos^(63,68,69). La isotretinoína sigue siendo el tratamiento estándar para el acné vulgar severo y se usa a menudo para tratar el acné concomitante en pacientes con HS; sin embargo, parece proporcionar sólo un beneficio limitado^(70,71). El tratamiento con alitretinoína también ofrece pequeños beneficios en la HS⁽⁷³⁾; el inconveniente es que no está disponible en todos los países y se precisan de más estudios sobre su eficacia.

Terapia hormonal: Ejemplos de terapias anti-androgénicas que pueden mejorar la enfermedad incluyen el acetato de ciproterona, píldoras anticonceptivas orales, espironolactona y finasteride^(72,74). La terapia hormonal no debe administrarse a mujeres embarazadas debido al riesgo de efectos adversos (teratógenos) sobre el feto.

Cirugía: la cirugía se puede utilizar para el tratamiento de nódulos aislados y en los tractos sinusales que ocurren en cualquier etapa de la enfermedad. Por lo general, es suficiente un tipo de desbridamiento circular de escisión profunda (punch-desbridamiento)⁽⁵⁵⁾, limitado a lesiones agudas o para la depuración de los nódulos simples y de los senos extensos; la escisión extensa suele estar reservada para la enfermedad en fase III de Hurley.



Imagen 4. Hidradenitis supurativa leve-moderada en mama. (Fuente: doccheck.com)

- **Hurley etapa III (HS severa o grave)** (imagen 5)

Terapia médica: Los pacientes que no responden suficientemente a los antibióticos orales, retinoides orales o terapias hormonales pueden beneficiarse de tratamientos biológicos, en particular Inhibidores de TNF-alfa (adalimumab o infliximab)⁽⁷⁵⁻⁷⁷⁾. En ocasiones se prescriben inmunosupresores convencionales como los glucocorticoides sistémicos (prednisona) o ciclosporina; sin embargo, la evidencia sobre la eficacia de estos tratamientos para HS es limitada. Además, debido a que estos fármacos pueden inducir efectos adversos graves, rara vez se utilizan para el tratamiento a largo plazo^(13,78).

Terapias emergentes: Ustekinumab⁽⁷⁹⁾, anakinra⁽⁸⁰⁾ y canakinumab⁽⁸¹⁾ son terapias biológicas que pueden ser beneficiosas para pacientes con HS severa y refractaria basada en datos limitados. Un informe de caso también describe una respuesta potencial de HS al tacrolimus oral⁽⁸²⁾.

Cirugía: Los procedimientos quirúrgicos se pueden realizar en nódulos aislados o en los tractos sinusales y en casos severos se pueden utilizar para extirpar toda una zona afectada⁽⁸³⁾. La cirugía no debe usarse como único tratamiento aisladamente; la combinación de la cirugía con la terapia médica proporciona la mejor oportunidad para prevenir el desarrollo de nuevas lesiones y controlar el progreso de la enfermedad. El abordaje quirúrgico generalmente se vuelve más agresivo con la enfermedad de estadio más alto, puede resultar ser desfigurante e implican un tiempo de recuperación prolongada. Además, la extirpación extensa no suele ser factible en pacientes con múltiples regiones cutáneas afectadas.

Otras terapias no quirúrgicas: Las terapias adicionales que se ha informado que son eficaces en un pequeño número de pacientes son: la metformina⁽⁸⁴⁾, el zinc oral (el gluconato de Zinc posee propiedades antiinflamatorias y antian-drogénicas)⁽⁸⁵⁾, la laserterapia de luz pulsada (en particular el Nd:YAG de 1064 nm)^(86,87), la terapia fotodinámica^(88,89), la radioterapia⁽⁹⁰⁾, la toxina botulínica^(91,92); los fumaratos (agentes antiinflamatorios e inmunomoduladores utilizados en el tratamiento de la psoriasis)⁽⁹³⁾, la crioinflación (inyección directa en los nódulos de nitrógeno líquido)⁽⁹⁴⁾ y la suplementación con vitamina D3⁽⁹⁵⁾; todas estas alternativas pueden ser terapias complementarias muy útiles, en un momento dados; solo si se utilizan a corto plazo y teniendo en cuenta sus graves efectos adversos.



Imagen 5. Hidradenitis supurativa severa en periné. (Fuente: doccheck.com by Dr. Heinz-Günter K)

CONCLUSIONES:

La hidradenitis supurativa (HS) o acné inverso, se refiere a un proceso doloroso, crónico, supurativo que implica la piel y el tejido subcutáneo. Las manifestaciones clínicas de HS parecen resultar de una oclusión folicular infra-infundibular y una rotura secundaria de la unión sebofolicular de las unidades fólculo-pilo-sebáceas (FPSU), resultando en una cascada inflamatoria. HS no es ni contagiosa ni debido a una mala higiene.

La HS se produce principalmente en la piel intertriginosa. La axila es el sitio más común; el área inguinal, el interior de los muslos, las áreas perineal y perianal, la piel mamaria e infra-mamaria y las nalgas son sitios adicionales comunes para la aparición de la HS. También puede ocurrir una afección cutánea no intertriginosa.

La presentación inicial de la HS generalmente evoluciona en forma de nódulos recurrentes, dolorosos e inflamados. Los nódulos pueden romperse,

descargando material purulento, a veces maloliente. La enfermedad persistente conduce a la unirse los nódulos formando placas inflamatorias, conductos fistulosos, comedones y cicatrices fibrosas.

El dolor físico, el olor, el drenaje crónico y la desfiguración son rasgos comunes de este trastorno. Los síntomas de la HS a menudo tienen un profundo efecto negativo en la calidad de vida de la persona que lo padece.

El diagnóstico de la HS se basa en el reconocimiento de manifestaciones clínicas características, incluyendo lesiones típicas en sitios intertriginosas que transcurren de forma crónica y recurrente. La biopsia de piel generalmente no es necesaria para el diagnóstico. El rendimiento rutinario de cultivos bacterianos no está indicado.

A menudo se omite el diagnóstico de la HS en estadios tempranos. El profesional clínico debe tener un alto índice de sospecha de la enfermedad en individuos diagnosticados con furúnculos recurrentes o "furúnculos" en áreas intertriginosas después de la pubertad.

El tratamiento exitoso de la HS requiere la prevención de nuevas lesiones en todas las etapas de la enfermedad para limitar la progresión de la enfermedad. Las modalidades de tratamiento incluyen la autogestión del paciente y las intervenciones médicas y quirúrgicas.

Las estrategias de autogestión del paciente son importantes e incluyen evitar traumatismos en la piel, dejar de fumar y controlar el peso cuando sea pertinente. La educación del paciente y el apoyo psicológico son otros componentes importantes del manejo del paciente.

El nivel de gravedad de la enfermedad mediante la escala de Hurley influye fuertemente en el enfoque del tratamiento de la HS⁽⁶⁶⁾:

- Los pacientes clasificados como Hurley estadio I (HS leve) presentan con nódulos únicos o múltiples y abscesos sin tracto sinusal asociado o cicatrización. Para estos pacientes, se sugiere el tratamiento diario de las áreas afectadas con clindamicina tópica (Grado 2B). Un lavado antiséptico tópico también se puede usar para ducharse. Las lesiones agudas e inflamadas pueden requerir analgesia, como antiinflamatorios no esteroideos.

- Los pacientes con estadio II de Hurley (HS moderada) presentan nódulos inflamatorios recurrentes y abscesos, algunos de los cuales conducen a trastornos de los senos y cicatrices. El tratamiento incluye la continuación de la terapia preventiva, además médico-quirúrgica. Para el componente inflamatorio de la enfermedad se sugiere tetraciclinas orales para la terapia de primera línea (Grado 2C). El tratamiento con doxiciclina (100 mg una vez al día o dos veces al día) es común y debe continuar durante varios meses. La terapia combinada con clindamicina y rifampicina puede ser útil para la enfermedad supurativa que no responde a las tetraciclinas orales. Los tractos sinusales de Hurley etapa II HS no se resolverán con la terapia con antibióticos y puede requerir desbridamiento quirúrgico si se inflaman recurrentemente.
- Hurley etapa III HS se caracteriza por una afectación difusa o casi difusa de la zona afectada (intertriginosa o no) con nódulos fluctuantes, interconexión de los tractos sinusales y extensas cicatrices. Para el tratamiento no quirúrgico de HS de etapa III de Hurley que no se puede administrar con antibióticos orales, retinoides orales o terapia hormonal, recomendamos el adalimumab como terapia de siguiente línea (Grado 1A). Para los pacientes con HS severa en un área localizada que no ha respondido lo suficiente a la terapia médica y al tratamiento quirúrgico limitado la extirpación quirúrgica extensa ofrece la mejor oportunidad para proporcionar un alivio permanente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sellheyer K, Krahl D. Hidradenitis suppurativa" is acne inversa! An appeal to (finally) abandon a misnomer. *Int J Dermatol*. 2005; 44:535-40. doi: 10.1111/j.1365-4632.2004.02536.x
2. Bazex J, Bayle P, San B. Hidradenitis suppurativa is acne inversa. *Int J Dermatol* 2007; 46:330-2. doi: 10.1111/j.1365-4632.2007.02872.x
3. Nassar D, revuz J. Hidrosadenitis suppurativa o enfermedad de Verneuil. *EMC dermatología*. 2008; 42(2):1-9. doi: 10.1016/S1761-2896(08)70353-4
4. Santagati A. La hidradenitis suppurativa: una enfermedad tabú que sufren miles de argentinos. En: *clarin.com*, periódico digital, sección "Sociedad". [Internet]. Buenos Aires, Argentina: Arte Gráfico Editorial Argentino S.A.; 1996-2017 [Actualizado 13/10/2015; acceso el 12/08/2017]. Disponible en: https://www.clarin.com/sociedad/enfermedad-piel-tabu-mal-diagnostica-hidradenitis-suppurativa_0_r17-TWKvXe.html
5. Revuz J. Hidradenitis suppurativa. *EMC dermatología*. 2015; 49(1): 1-16. doi: 10.1016/S1761-2896(15)70045-2
6. Kouris A, Platsidakis E, Christodoulou C, Efstathiou V, Dessinioti C, Tzanetakou V, et al. Quality of Life and Psychosocial Implications in Patients with Hidradenitis Suppurativa. *Dermatology*. 2016; 232:687-91. doi: 10.1159/000453355
7. Alikhan A, Lynch PJ, Eisen DB. Hidradenitis suppurativa: a comprehensive review. *J Am Acad Dermatol*. 2009; 60:539-61. DOI: 10.1016/j.jaad.2008.11.911
8. Jemec GB. Clinical practice. Hidradenitis suppurativa. *N Engl J Med*. 2012; 366:158-64. doi: 10.1056/NEJMc1014163.
9. Canoui-Poitrine F, Le Thuaut A, Revuz JE, Gabison G, Poli F, Pouget F, Wolkenstein P, Bastuji-Garin S. Identification of three hidradenitis suppurativa phenotypes: latent class analysis of a cross-sectional study. *J Invest Dermatol*. 2013; 133:1506-11. doi: 10.1038/jid.2012.472
10. van der Zee HH, Laman JD, Boer J, Prens EP. Hidradenitis suppurativa: viewpoint on clinical phenotyping, pathogenesis and novel treatments. *Exp Dermatol*. 2012; 21:735-9. doi: 10.1111/j.1600-0625.2012.01552.x
11. von Laffert M, Stadie V, Wohlrab J, Marsch WC. Hidradenitis suppurativa/acne inversa: bilocated epithelial hyperplasia with very different sequelae. *Br J Dermatol*. 2011; 164:367-71. doi: 10.1111/j.1365-2133.2010.10034.x
12. Kurokawa I, Danby FW, Ju Q, Wang X, Xiang LF, Xia L, et al. New developments in our understanding of acne pathogenesis and treatment. *Exp Dermatol*. 2009; 18:821-32. doi: 10.1111/j.1600-0625.2009.00890.x
13. Nazary M, van der Zee HH, Prens EP, Folkerts G, Boer J. Pathogenesis and pharmacotherapy of Hidradenitis suppurativa. *Eur J Pharmacol*. 2011; 672:1-8. doi: 10.1016/j.ejphar.2011.08.047
14. von Laffert M, Helmbold P, Wohlrab J, Fiedler E, Stadie V, Marsch WC. Hidradenitis suppurativa (acne inversa): early inflammatory events at terminal follicles and at interfollicular epidermis. *Exp Dermatol*. 2010; 19:533-7. DOI: 10.1111/j.1600-0625.2009.00915.x
15. Danby FW, Jemec GB, Marsch WCH, von Laffert M. Preliminary findings suggest hidradenitis suppurativa may be due to defective follicular support. *Br J Dermatol*. 2013; 168:1034-9. doi: 10.1111/bjd.12233
16. Kurzen H, Kurokawa I, Jemec GB, et al. What causes hidradenitis suppurativa? *Exp Dermatol*. 2008; 17:455-6; discussion 457-72. DOI: 10.1111/j.1600-0625.2008.00712_1.x
17. von der Werth JM, Williams HC. The natural history of hidradenitis suppurativa. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2000; 14:389. PMID: 11305381
18. Deckers IE, van der Zee HH, Boer J, Prens EP. Correlation of early-onset hidradenitis suppurativa with stronger genetic susceptibility and more widespread involvement. *J Am Acad Dermatol*. 2015; 72:485-8. doi: 10.1016/j.jaad.2014.11.017
19. Sartorius K, Emtestam L, Jemec GB, Lapins J. Objective scoring of hidradenitis suppurativa reflecting the role of tobacco smoking and obesity. *Br J Dermatol*. 2009; 161:831-9. doi: 10.1111/j.1365-2133.2009.09198.x
20. Canoui-Poitrine F, Revuz JE, Wolkenstein P, Viallette C, Gabison G, Pouget F, et al. Clinical characteristics of a series of 302 French patients with hidradenitis suppurativa and an analysis of factors associated with disease severity. *J Am Acad Dermatol*. 2009; 61:51-7. doi: 10.1016/j.jaad.2009.02.013
21. Crowley JJ, Mekkes JR, Zouboulis CC, Scheinfeld N, Kimball A, Sundaram M, et al. Association of hidradenitis suppurativa disease severity with increased risk for systemic comorbidities. *Br J Dermatol*. 2014; 171:1561-5. doi: 10.1111/bjd.13122
22. Schrader AM, Deckers IE, van der Zee HH, Boer J, Prens EP. Hidradenitis suppurativa: a retrospective study of 846 Dutch patients to identify factors associated with disease severity. *J Am Acad Dermatol*. 2014; 71:460-7. doi: 10.1016/j.jaad.2014.04.001
23. Shalom G, Freud T, Harman-Boehm I, Polishchuk I, Cohen AD. Hidradenitis suppurativa and metabolic syndrome: a comparative cross-sectional study of 3207 patients. *Br J Dermatol*. 2015; 173:464-70. doi: 10.1111/bjd.13777
24. Bettoli V, Naldi L, Cazzaniga S, Zauli S, Atzori L, Borghi A, Capezzeri R, et al. Overweight, diabetes and disease duration influence clinical severity in hidradenitis suppurativa-acne inversa: evidence from the national Italian registry. *Br J Dermatol*. 2016; 174:195-7. doi: 10.1111/bjd.13864
25. Vázquez BG, Alikhan A, Weaver AL, Wetter DA, Davis MD. Incidence of hidradenitis suppurativa and associated factors: a population-based study of Olmsted County, Minnesota. *J Invest Dermatol*. 2013; 133:97-103. doi: 10.1038/jid.2012.255
26. Revuz JE, Canoui-Poitrine F, Wolkenstein P, Viallette C, Gabison G, Pouget F, et al. Prevalence and factors associated with hidradenitis suppurativa: results from two case-control studies. *J Am Acad Dermatol*. 2008; 59:596-601. doi: 10.1016/j.jaad.2008.06.020
27. König A, Lehmann C, Rempel R, Happle R. Cigarette smoking as a triggering factor of hidradenitis suppurativa. *Dermatology* 1999; 198:261-4. PMID: 10393449
28. Mortaz E, Adcock IM, Ito K, Kraneveld AD, Nijkamp FP, Folkerts G. Cigarette smoke induces CXCL8 production by human neutrophils via activation of TLR9 receptor. *Eur Respir J*. 2010; 36:1143-54. doi: 10.1183/09031936.00062209
29. Randhawa HK, Hamilton J, Pope E. Finasteride for the treatment of hidradenitis suppurativa in children and adolescents. *JAMA Dermatol* 2013; 149:732-5. doi: 10.1001/jamadermatol.2013.2874
30. Sartorius K, Killasli H, Oprica C, Sullivan A, Lapins J. Bacteriology of hidradenitis suppurativa exacerbations and deep tissue cultures obtained during carbon dioxide laser treatment. *Br J Dermatol*. 2012; 166:879-83. doi: 10.1111/j.1365-2133.2011.10747.x
31. Kathju S, Lasko LA, Stoodley P. Considering hidradenitis suppurativa as a bacterial biofilm disease. *FEMS Immunol Med Microbiol*. 2012; 65:385-9. doi: 10.1111/j.1574-695X.2012.00946.x
32. Ring HC, Bay L, Nilsson M, Kallenbach K, Miller IM, Saunte DM, et al. Bacterial biofilm in chronic lesions of hidradenitis suppurativa. *Br J Dermatol*. 2017; 176:993-1000. doi: 10.1111/bjd.15007
33. Stellon AJ, Wakeling M. Hidradenitis suppurativa associated with use of oral contraceptives. *BMJ*. 1989; 298(6665):28-9. PMID: 2492847
34. Gupta AK, Knowles SR, Gupta MA, Jaunkalns R, Shear NH. Lithium therapy associated with hidradenitis suppurativa: case report and a review of the dermatologic side effects of lithium. *J Am Acad Dermatol*. 1995; 32:382-6. PMID: 7829746
35. Aithal V, Appai P. Lithium induced hidradenitis suppurativa and acne conglobata. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2004; 70:307-9. PMID: 17642646
36. Favre C, Villani AP, Aubin F, Lipsker D, Bottaro M, Cohen JD, et al. Hidradenitis suppurativa (HS): An unrecognized paradoxical effect of biologic agents (BA) used in chronic inflammatory diseases. *J Am Acad Dermatol*. 2016; 74:1153-9. doi: 10.1016/j.jaad.2016.01.018
37. Slade DE, Powell BW, Mortimer PS. Hidradenitis suppurativa: pathogenesis and management. *Br J Plast Surg*. 2003; 56:451-61. PMID: 12890458
38. Revuz J. Hidradenitis suppurativa. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2009; 23:985-98. doi: 10.1111/j.1468-3083.2009.03356.x
39. Saunte DM, Boer J, Stratigos A, Szepietowski JC, Hamzavi I, Kim KH, et al. Diagnostic delay in hidradenitis suppurativa is a global problem. *Br J Dermatol*. 2015; 173:1546-9. doi: 10.1111/bjd.14038
40. Comité de expertos iniciativa HERCULES. Iniciativa estratégica de salud para la definición del estándar óptimo de cuidados para los pacientes con Hidradenitis Suppurativa. Madrid: Draft Editores, S.L.; 2017.
41. Smith HS, Chao JD, Teitelbaum J. Painful hidradenitis suppurativa. *Clin J Pain*. 2010; 26:435-44. doi: 10.1097/AJP.0b013e3181ceb80c.
42. Jemec GB, Hansen U. Histology of hidradenitis suppurativa. *J Am Acad Dermatol*. 1996; 34:994-9. PMID: 8647993
43. Kamp S, Fiehn AM, Stenderup K, Rosada C, Pakkenberg B, Kemp K, Dam TN, et al. Hidradenitis suppurativa: a disease of the absent sebaceous gland? Sebaceous gland number and volume are significantly reduced in uninvolved hair follicles from patients with hidradenitis suppurativa. *Br J Dermatol*. 2011; 164:1017-22. doi: 10.1111/j.1365-2133.2011.10224.x
44. Baughman SM, Cespedes RD. Unusual presentation of hidradenitis suppurativa with massive enlargement of penis. *Urology*. 2004; 64:377-8. doi: 10.1016/j.urolgy.2004.04.001
45. Onderdijk AJ, van der Zee HH, Esmann S, Lophaven S, Dufour DN, Jemec GB, Boer J. Depression in patients with hidradenitis suppurativa. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2013; 27:473-8. doi: 10.1111/j.1468-3083.2012.04468.x
46. Deckers IE, Kimball AB. The Handicap of Hidradenitis Suppurativa. *Dermatol Clin*. 2016; 34:17-22. doi: 10.1016/j.det.2015.07.003
47. Ring HC, Theut Riis P, Zarchi K, Miller IM, Saunte DM, Jemec GB. Prodromal symptoms in hidradenitis suppurativa. *Clin Exp Dermatol*. 2017; 42:261-5. doi: 10.1111/ced.13025
48. Achenbach RE, Greco C. Hidradenitis suppurativa. *Rev argent Dermatol*. 2013; 94(4): 6-10.

49. Wortsman X, Jemec GB. Real-time compound imaging ultrasound of hidradenitis suppurativa. *Dermatol Surg.* 2007; 33:1340-2. doi: 10.1111/j.1524-4725.2007.33286.x
50. Wortsman X, Castro A, Figueroa A. Color Doppler ultrasound assessment of morphology and types of fistulous tracts in hidradenitis suppurativa (HS). *J Am Acad Dermatol.* 2016; 75:760-7. doi: 10.1016/j.jaad.2016.05.009
51. Wortsman X, Rodriguez C, Lobos C, Eguiguren G4, Molina MT. Ultrasound Diagnosis and Staging in Pediatric Hidradenitis Suppurativa. *Pediatr Dermatol.* 2016; 33:e260-4. doi: 10.1111/pde.12895
52. Griffin N, Williams AB, Anderson S, Irving PM, Sanderson J, Desai N, Goh V. Hidradenitis suppurativa: MRI features in anogenital disease. *Dis Colon Rectum.* 2014; 57:762-71. doi: 10.1097/DCR.0000000000000131
53. Ingram JR. Hidradenitis suppurativa (acne inversa): Pathogenesis, clinical features, and diagnosis. UpToDate (uptodate.com). 2017 [Actualizado el 10 de agosto 2017].
54. Scheinfeld N. Diseases associated with hidradenitis suppurativa: part 2 of a series on hidradenitis. *Dermatol Online J.* 2013; 19:1-30. PMID: 24011308
55. Ingram JR. Hidradenitis suppurativa (acne inversa): Treatment. UpToDate (uptodate.com). 2017 [Actualizado el 10 de agosto 2017].
56. Esmann S, Jemec GB. Psychosocial impact of hidradenitis suppurativa: a qualitative study. *Acta Derm Venereol.* 2011; 91:328-32. doi: 10.2340/00015555-1082
57. Kromann CB, Ibler KS, Kristiansen VB, Jemec GB. The influence of body weight on the prevalence and severity of hidradenitis suppurativa. *Acta Derm Venereol.* 2014; 94:553-7. doi: 10.2340/00015555-1800
58. Miller IM, McAndrew RJ, Hamzavi I. Prevalence, Risk Factors, and Comorbidities of Hidradenitis Suppurativa. *Dermatol Clin.* 2016; 34:7-16. doi: 10.1016/j.det.2015.08.002
59. Shlyankevich J, Chen AJ, Kim GE, Kimball AB. Hidradenitis suppurativa is a systemic disease with substantial comorbidity burden: a chart-verified case-control analysis. *J Am Acad Dermatol.* 2014; 71:1144-50. doi: 10.1016/j.jaad.2014.09.012
60. Clemmensen OJ. Topical treatment of hidradenitis suppurativa with clindamycin. *Int J Dermatol.* 1983; 22:325-8. PMID: 6347922
61. Riis PT, Boer J, Prens EP, Saunte DM, Deckers IE, Emtestam L, et al. Intralesional triamcinolone for flares of hidradenitis suppurativa (HS): A case series. *J Am Acad Dermatol.* 2016; 75:1151-5. doi: 10.1016/j.jaad.2016.06.049
62. Boer J, Jemec GB. Resorcinol peels as a possible self-treatment of painful nodules in hidradenitis suppurativa. *Clin Exp Dermatol.* 2010; 35:36-40. doi: 10.1111/j.1365-2230.2009.03377.x
63. Zouboulis CC, Desai N, Emtestam L, Hunger RE, Ioannides D, Juhász I, et al. European S1 guideline for the treatment of hidradenitis suppurativa/acne inversa. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2015; 29:619-44. doi: 10.1111/jdv.12966
64. Dessinioti C, Zisimou C, Tzanetakou V, et al. Oral clindamycin and rifampicin combination therapy for hidradenitis suppurativa: a prospective study and 1-year follow-up. *Clin Exp Dermatol.* 2016; 41:852-7. doi: 10.1111/ced.12933
65. Lorenz M, Wozel G, Schmitt J. Hypersensitivity reactions to dapsona: a systematic review. *Acta Derm Venereol.* 2012; 92:194-9. doi: 10.2340/00015555-1268
66. Join-Lambert O, Coignard H, Jais JP, Guet-Revillet H, Poirée S, Fraitag S, et al. Efficacy of rifampin-moxifloxacin-metronidazole combination therapy in hidradenitis suppurativa. *Dermatology.* 2011; 222:49-58. doi: 10.1159/000321716
67. Danby FW, Margesson LJ. Hidradenitis suppurativa. *Dermatol Clin.* 2010; 28:779-93. doi: 10.1016/j.det.2010.07.003.
68. Matusiak L, Bieniek A, Szepletowski JC. Acitretin treatment for hidradenitis suppurativa: a prospective series of 17 patients. *Br J Dermatol.* 2014; 171:170-4. doi: 10.1111/bjd.12884
69. Boer J, Nazary M. Long-term results of acitretin therapy for hidradenitis suppurativa. Is acne inversa also a misnomer? *Br J Dermatol.* 2011; 164:170-5. doi: 10.1111/j.1365-2133.2010.10071.x
70. Soria A, Canoui-Poitrine F, Wolkenstein P, Poli F, Gabison G, Pouget F, et al. Absence of efficacy of oral isotretinoin in hidradenitis suppurativa: a retrospective study based on patients' outcome assessment. *Dermatology.* 2009; 218:134-5. doi: 10.1159/000182261
71. Boer J, van Gemert MJ. Long-term results of isotretinoin in the treatment of 68 patients with hidradenitis suppurativa. *J Am Acad Dermatol.* 1999; 40:73-6. PMID: 9922015
72. Joseph MA, Jayaseelan E, Ganapathi B, Stephen J. Hidradenitis suppurativa treated with finasteride. *J Dermatolog Treat.* 2005; 16:75-8. doi: 10.1080/09546630510031403
73. Verdolini R, Simonacci F, Menon S, Pavlou P, Mannello B. Alitretinoin: a useful agent in the treatment of hidradenitis suppurativa, especially in women of child-bearing age. *G Ital Dermatol Venereol.* 2015; 150(2):155-62. PMID: 24927170
74. Lee A, Fischer G. A case series of 20 women with hidradenitis suppurativa treated with spironolactone. *Australas J Dermatol.* 2015; 56:192-6. doi: 10.1111/ajd.12362
75. Blok JL, van Hattem S, Jonkman MF, Horváth B. Systemic therapy with immunosuppressive agents and retinoids in hidradenitis suppurativa: a systematic review. *Br J Dermatol.* 2013; 168:243-52. doi: 10.1111/bjd.12104
76. Ingram JR, Woo PN, Chua SL, Ormerod AD, Desai N, Kai AC, et al. Interventions for hidradenitis suppurativa. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015; 10:CD010081. doi: 10.1002/14651858.CD010081.pub2.
77. Kimball AB, Okun MM, Williams DA, Gottlieb AB, Papp KA, Zouboulis CC, et al. Two Phase 3 Trials of Adalimumab for Hidradenitis Suppurativa. *N Engl J Med.* 2016; 375:422-34. doi: 10.1056/NEJMoa1504370
78. Anderson MD, Zauli S, Bettoli V, Boer J, Jemec GB. Cyclosporine treatment of severe Hidradenitis suppurativa. A case series. *J Dermatolog Treat.* 2016; 27:247-50. doi: 10.3109/09546634.2015.1088128
79. Blok JL, Li K, Brodmerkel C, Horvátovich P, Jonkman MF, Horváth B. Ustekinumab in hidradenitis suppurativa: clinical results and a search for potential biomarkers in serum. *Br J Dermatol.* 2016; 174:839-46. doi: 10.1111/bjd.14338
80. Tzanetakou V, Kanni T, Giatrakou S, Katoulis A, Papadavid E, Netea MG, et al. Safety and Efficacy of Anakinra in Severe Hidradenitis Suppurativa: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Dermatol.* 2016; 152:52-9. doi: 10.1001/jamadermatol.2015.3903
81. Houriet C, Seyed Jafari SM, Thomi R, Schlapbach C, Borradori L, Yawalkar N, Hunger RE. Canakinumab for Severe Hidradenitis Suppurativa: Preliminary Experience in 2 Cases. *JAMA Dermatol.* 2017 doi: 10.1001/jamadermatol.2017.2392. [Epub ahead of print].
82. Ducroux E, Ocampo MA, Kanitakis J, Morelon E, Jullien D, Faure M, Euvrard S. Hidradenitis suppurativa after renal transplantation: complete remission after switching from oral cyclosporine to oral tacrolimus. *J Am Acad Dermatol.* 2014; 71:e210-1. doi: 10.1016/j.jaad.2014.06.031
83. Ellis LZ. Hidradenitis suppurativa: surgical and other management techniques. *Dermatol Surg.* 2012; 38:517-36. doi: 10.1111/j.1524-4725.2011.02186.x
84. Verdolini R, Clayton N, Smith A, Alwash N, Mannello B. Metformin for the treatment of hidradenitis suppurativa: a little help along the way. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2013; 27:1101-8. doi: 10.1111/j.1468-3083.2012.04668.x
85. Brocard A, Knol AC, Khammari A, Dréno B. Hidradenitis suppurativa and zinc: a new therapeutic approach. A pilot study. *Dermatology* 2007; 214:325-7. doi: 10.1159/000100883
86. Xu LY, Wright DR, Mahmoud BH, Ozog DM, Mehregan DA, Hamzavi IH. Histopathologic study of hidradenitis suppurativa following long-pulsed 1064-nm Nd:YAG laser treatment. *Arch Dermatol.* 2011; 147:21-8. doi: 10.1001/archdermatol.2010.245
87. Highton L, Chan WY, Khwaja N, Laitung JK. Treatment of hidradenitis suppurativa with intense pulsed light: a prospective study. *Plast Reconstr Surg.* 2011; 128:459-65. doi: 10.1097/PRS.0b013e31821e6fb5
88. Fadel MA, Tawfik AA. New topical photodynamic therapy for treatment of hidradenitis suppurativa using methylene blue niosomal gel: a single-blind, randomized, comparative study. *Clin Exp Dermatol.* 2015; 40:116-22. doi: 10.1111/ced.12459
89. Agut-Busquet E, Romani J, Gilaberte Y, García-Malín A, Ribera-Pibernat M, Luelmo J. Photodynamic therapy with intralesional methylene blue and a 635 nm light-emitting diode lamp in hidradenitis suppurativa: a retrospective follow-up study in 7 patients and a review of the literature. *Photochem Photobiol Sci.* 2016; 15:1020-8. doi: 10.1039/C6PP00082G
90. Trombetta M, Werts ED, Parda D. The role of radiotherapy in the treatment of hidradenitis suppurativa: case report and review of the literature. *Dermatol Online J.* 2010; 16:16-8. PMID: 20178712
91. O'Reilly DJ, Pleat JM, Richards AM. Treatment of hidradenitis suppurativa with botulinum toxin A. *Plast Reconstr Surg.* 2005; 116:1575-6. PMID: 16217533
92. Feito-Rodríguez M, Sendagorta-Cudós E, Herranz-Pinto P, de Lucas-Laguna R. Prepubertal hidradenitis suppurativa successfully treated with botulinum toxin A. *Dermatol Surg.* 2009; 35:1300-2. doi: 10.1111/j.1524-4725.2009.01231.x
93. Deckers IE, van der Zee HH, Balak DM, Prens EP. Fumarates, a new treatment option for therapy-resistant hidradenitis suppurativa: a prospective open-label pilot study. *Br J Dermatol.* 2015; 172:828-9. doi: 10.1111/bjd.13346
94. Pagliarello C, Fabrizi G, Feliciani C, Di Nuzzo S. Cryoinsufflation for Hurley stage II hidradenitis suppurativa: a useful treatment option when systemic therapies should be avoided. *JAMA Dermatol.* 2014; 150:765-6. doi: 10.1001/jamadermatol.2014.430
95. Guillet A, Brocard A, Bach Nghou K, Graveline N, Leloup AG, Ali D, et al. Verneuil's disease, innate immunity and vitamin D: a pilot study. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2015; 29:1347-53

DECÁLOGO DE IONTOFORESIS PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERHIDROSIS.

DECALOGUE OF IONTOPHORESIS FOR THE TREATMENT OF PALMO-PLANTAR HYPERHIDROSIS AT HOME

Autores: Sonia González Delgado^{(1) (*)}; Elisa García Fanjul⁽¹⁾.

(1) DUE. Servicio de Dermatología. Hospital de Cabueñes (Gijón)

Contacto^(*): latitasoni@gmail.com

Fecha de recepción: 08/05/2017

Fecha de aceptación: 12/7/2017

Nota: Este trabajo (comunicación póster) ha recibido el Premio de Reconocimiento Investigador de la Revista Enfermería Dermatológica, otorgado en el XIII Congreso Nacional de Enfermería Dermatológica, celebrado en Ferrol, 22-23 octubre de 2015.

RESUMEN:

La iontoforesis es una técnica que utilizando el paso de una corriente eléctrica unidireccional (continua o pulsante) a baja potencia disminuye la sudoración. Se utiliza desde 1968 como tratamiento no invasivo de elección en hiperhidrosis palmo-plantar moderada y severa. Son varios los autores que postulan la necesidad de un entrenamiento previo al paciente antes del desarrollo del tratamiento domiciliario. Debido a esta escasez de documentación bibliográfica, consideramos necesario aportar nuestro punto de vista a través de la experiencia acumulada durante estos años que venimos desarrollando la iontoforesis para tratar la hiperhidrosis en nuestro servicio de dermatología. Por ello, el objetivo de este artículo fue informar, a modo de guía o decálogo, sobre unos útiles y prácticos consejos o recomendaciones para dar continuidad al tratamiento de iontoforesis en el domicilio del paciente.

Palabras clave: iontoforesis; hiperhidrosis, dermatología, enfermería, educación sanitaria.

ABSTRACT:

Iontophoresis is a technique that uses the passage of a unidirectional (continuous or pulsating) electric current at low power decrease sweating. It has been used since 1968 as a non-invasive treatment of choice in moderate and severe palmo-plantar hyperhidrosis. There are several authors who postulate the need for pre-training before the development of home treatment. Due to this lack of bibliographic documentation, we consider it necessary to provide our point of view through the experience accumulated during these years that we have been developing iontophoresis to treat

hyperhidrosis in our dermatology service. Therefore, the objective of this article was to inform, as a guide or decalogue, useful and practical advice or recommendations to give continuity to the treatment of iontophoresis in the patient's home.

Keywords: iontophoresis; hyperhidrosis, dermatology, nursing, health education.

INTRODUCCIÓN

La iontoforesis es una técnica que utilizando el paso de una corriente eléctrica unidireccional (continua o pulsante) a baja potencia, disminuye la sudoración por un mecanismo que actualmente aún no es del todo conocido. Hay varias teorías al respecto: bloqueo de las glándulas sudoríparas por depósito de iones, bloqueo de la transmisión de nervios simpáticos o disminución del pH por acúmulo de iones^(1,2). Se utiliza desde 1968 como tratamiento no invasivo de elección en hiperhidrosis palmo-plantar moderada y severa^(1,3,4).

Son varios los autores que postulan la necesidad de un entrenamiento previo al paciente antes del desarrollo del tratamiento domiciliario^(1,5,6). En nuestro servicio de dermatología del Hospital de Cabueñes (Gijón), es el sistema que estamos desarrollando.

Una vez pautada la indicación por el dermatólogo, el profesional de enfermería se ocupa de la enseñanza de la técnica al paciente, para lo cual comenzamos las sesiones en la propia unidad dermatológica. Al mismo tiempo nos cercioramos de la efectividad del tratamiento para el paciente concreto. Aproximadamente en 10-20 sesiones el paciente puede comprobar

la disminución del sudor en las palmas de las manos, pues se obtienen resultados positivos en \pm 91% de los casos⁽⁷⁾.

Debido a su impacto en la calidad de vida^(2,6,8-13) son muchos los que deciden continuar el tratamiento en su domicilio pese al coste del aparato, entorno a una media de 650€, de precio de venta al público. En nuestro servicio utilizamos el modelo "Idromed 5 PS" del Dr. Hönle Medizintechnik (Germany) ^(imagen 1).



Imagen 1. Aparato de iontoforesis (Modelo Idromed ® 5 PS)

Tras una revisión de la bibliografía de los últimos 5 años, empleando los términos MeSH "hiperhidrosis" y "iontophoresis"; en Epistemonikos y en las principales bases de datos (MedLine, ScIELO y WOS); obtuvimos una escasa presencia de artículos realizados por enfermeras sobre el tema. Sólo fue destacable un artículo publicado en la British Journal of Nursing⁽¹²⁾ del año 2012, el cual nos ofrece una visión general de los distintos tratamientos para la hiperhidrosis.

Debido a esta escasez de documentación bibliográfica, consideramos necesario aportar nuestro punto de vista a través de la experiencia acumulada durante estos años que venimos desarrollando la iontoforesis para tratar la hiperhidrosis en nuestro servicio de dermatología ^(imagen 2). Por ello, el objetivo de este artículo fue informar, a modo de guía o decálogo, sobre unos útiles y prácticos consejos o recomendaciones para dar continuidad al tratamiento de iontoforesis en el domicilio del paciente.

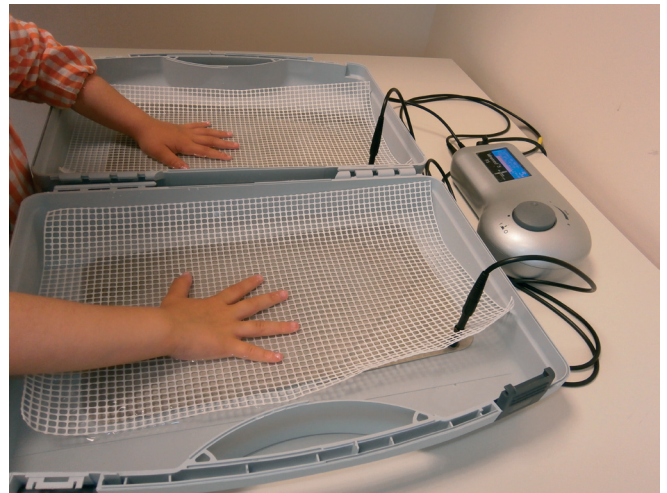


Imagen 2. Terapia de iontoforesis en hiperhidrosis palmar

CONSEJOS PRÁCTICOS SOBRE IONTOFORESIS

Decálogo de recomendaciones: ^(imagen 3)

- 1. Retirar objetos metálicos:** Los metales pueden provocar quemadura. Debe comprobar que no tiene ningún objeto metálico en contacto con la piel: joyas, gafas, horquillas de pelo, hebillas de cinturón o zapatos...etc. Asimismo, tampoco puede llevar implantes metálicos: prótesis metálicas, clavos óseos, DIU metálico, prótesis dentales metálicas, braquets...etc.
- 2. Colocar taburete, cubetas y cableado:** En la zona de corte del agua puede producirse eritema tras la sesión, más en las muñecas por la mayor sensibilidad de la piel en la zona. La altura del taburete influye, ya que al sentarse más alto que las cubetas las muñecas quedan flexionadas 90° y se reduce la línea de corte del agua. Si el paciente notase molestias en la zona se puede proteger con vaselina (ver punto 5 de la imagen 1).

Es preciso alternar polos + (positivo) y - (negativo). Esto obedece a dos motivos. El primero, el efecto (disminución del sudor y hormigueo) suele ser mayor en el polo (+). El segundo, si no se alternan los polos, de cara al mantenimiento del aparato podrían producirse depósitos de sustancias en los electrodos que dificultarían el paso de la corriente de forma correcta.



Imagen 3. Decálogo de iontoforesis

3. Echar un litro de agua (aproximadamente) en cada cubeta. El nivel del agua debe cubrir la zona a tratar (para palmas, un 1 litro en cada cubeta en adultos). La temperatura del agua influye porque a mayor temperatura más conductibilidad, aumenta la movilidad molecular y por tanto produce mayor sensación de hormigueo (se aconseja agua templada).

4. Encender aparato y programar la potencia
La potencia necesaria la determina el paciente según su sensibilidad. Debe notar un hormigueo o cosquilleo muy leve. Esto depende de la resistencia (oposición de la piel al paso de la corriente) que varía en cada persona. Por eso es importante instruir al paciente para averiguar cuál será la potencia adecuada para él. También dependerá de la temperatura (Punto 3) y sobre todo de la concentración de solutos en el agua. No servirían aguas obtenidas por procesos de desalinización. En el caso de aguas blandas, podría añadirse una cucharadita (5g) de bicarbonato sódico en cada cubeta(4).

5. Inspeccionar manos/pies. Aplicar vaselina en heridas, roces... La vaselina impide el paso de la corriente y nos ayuda en el caso

de heridas. Cuando la barrera cutánea no está íntegra, el paso de la corriente eléctrica por ella provoca quemadura. Es importante que a la mínima sensación de dolor o ardor, se interrumpa el tratamiento para revisar las manos en busca de grietas o heridas mínimas, ya que continuar el tratamiento aumentaría la herida. También puede aplicarse vaselina alrededor de las uñas (puede haber algún padraastro o pequeña herida), línea de corte del agua o cualquier zona donde no queramos que llegue la corriente. Puede aplicarse directamente o con un bastoncillo.

6. Introducir manos/pies en cubetas Esto cierra el circuito y comienza la sesión. La potencia se incrementa gradualmente desde 0 hasta alcanzar la potencia programada (en algunos aparatos, este proceso debe hacerlo una segunda persona) En determinados aparatos no debe sacar las manos/pies sin disminuir a cero la potencia o sentiría un calambre; los de corriente pulsante permiten retirarlas sin molestias y provocan menos eritema, por lo que serían más indicados para pieles sensibles o niños.

7. Al terminar, retirar vaselina con papel seca-manos La vaselina es hidrófoba, por lo que debe quitarse sin agua. A continuación puede lavar las manos normalmente

8. Revisar la piel ¿enrojecimiento?¿herida? Debe inspeccionar la zona tratada, en busca de algún efecto secundario. Los más habituales son eritema y en algunos casos pequeñas flictenas (sobre todo con corriente no pulsante) Si se produjeran, deben tratarse, en principio con pomada regenerante, y si es preciso tratamientos médicos.

9. Recoger y limpiar aparato Debe desinfectarse y secar bien el aparato tras cada uso.

10.Registrar sesión Es aconsejable registrar número de sesiones, potencias, tiempos e incidencias que pudieran presentarse (eritemas, inicio de sudoración, interrupción de sesiones por heridas...etc.), para autogestionar la frecuencia de las sesiones.

CONTRAINDICACIONES DE LA IONTOFORESIS

No se debe utilizar la iontoforesis en caso de:

- Embarazo.
- Lesiones cutáneas que no se puedan proteger con vaselina.
- Zonas de hipostesia (disminución de la sensibilidad táctil).
- Marcapasos o dispositivos electrónicos implantados.
- Implantes metálicos.
- DIU con componente metálico.
- Enfermos cardíacos o con epilepsia.

CONSIDERACIONES:

La eficacia de la iontoforesis en la hiperhidrosis está demostrada en distintos artículos desde 1936 (Ichihashi) pasando por Bouman (1952) y muchos otros. Es un tratamiento con pocos y

leves efectos secundarios si se utiliza adecuadamente. Enfermería juega un papel importante a la hora de desarrollar el entrenamiento previo en iontoforesis que defienden los estudios. Consideramos que este decálogo de consejos puede ser una guía útil para que el paciente pueda desarrollar las sesiones en su domicilio con seguridad. Del mismo modo, las explicaciones anexas al documento pueden servir a enfermeras o pacientes implicados a comprender mejor la técnica, sus riesgos y su uso correcto.

CONFLICTOS DE INTERÉS:

No existen conflictos de interés por parte de los autores. No se ha recibido ningún tipo de financiación para publicar el presente trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pariser DM, Ballard A. Iontophoresis for palmar and plantar hyperhidrosis. *Dermatol Clin*. 2014 Oct; 32(4):491-4.
2. Fisterra.com [Página web]. Guías Clínicas. Hiperhidrosis. [Última actualización 15/02/11; acceso mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/hiperhidrosis/>
3. Özcan D, Güleç AT. Compliance with tap water iontophoresis in patients with palmoplantar hyperhidrosis. *J Cutan Med Surg*. 2014 Mar-Apr;18(2):109-13.
4. Hölzle E. Tap water iontophoresis. *Hautarzt*. 2012 Jun; 63(6):462-8.
5. Hölzle E, Hund M, Lommel K, Melnik B; Deutsche Dermatologische Gesellschaft. Recommendations for tap water iontophoresis. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2010 May; 8(5):379-83.
6. Stolman, L.P. Treatment of Excess Sweating of the Palms by iontophoresis. *Archives of Dermatology*. 1987 July; 123: 893-6.
7. Bouman HD; Grunewald EM. The treatment of hyperhidrosis of hands and feet with constant current. *Am J Phys Med*. 1952; 31(3):158-69.
8. Callejas MA, Grimalt R, Cladellas E. Actualización en hiperhidrosis. *Actas Dermosifilogr*. 2010; 101(2): 110-8. DOI: 10.1016/j.ad.2009.09.004
9. Pieretti LJ. Resources for hyperhidrosis sufferers, patients, and health care providers. *Dermatol Clin*. 2014 Oct; 32(4):555-64.
10. Ajbarm TM, Saquib MA, Fahim M, Nabi H. Efficacy and safety of tap water iontophoresis for palmoplantar hyperhidrosis. *J Pakistan Association of Dermatologists*. 2013; 23(3): 304-9.
11. Wheeler T. Sweat and tears: treating the patient with primary hyperhidrosis. *Br J Nurs*. 2012 Apr; 21(7):408, 410-2.
12. Lakraj, AAD, Moghimi N, Jabbri B. Hyperhidrosis: Anatomy, Pathophysiology and Treatment with Emphasis on the Role of Botulinum Toxins. *Toxins*. 2013; 5: 821-40.
13. Lee KY, Levell NJ. Turning the tide: a history and review of hyperhidrosis treatment. *JRSM Open*. 2014 Jan 7; 5(1). Doi: 10.1177/2042533313505511.

PREVALENCIA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN LA POBLACIÓN MAYOR DE 75 AÑOS DE FUENTERROBLES.

PREVALENCE OF PRESSURE ULCERS IN THE POPULATION OLDER THAN 75 YEARS OF FUENTERROBLES

Autor: Lorena Martínez Valle

Enfermera de Atención Primaria. Máster en Deterioro de la Integridad Cutánea, Úlceras y Heridas. Departamento de Salud de Requena. Agència Valenciana de Salut.

Contacto: Lore_Roja20@hotmail.com

Fecha de recepción: 4/07/2017
Fecha de aceptación: 30/08/2017

RESUMEN:

Objetivo: conocer la prevalencia de úlceras por presión (UPP) en las personas mayores de 75 años adscritos al centro de salud de Fuentesrobles (Valencia).

Métodos: estudio epidemiológico de prevalencia. Elaboración de un cuestionario específico ad hoc. Determinación del riesgo de UPP mediante la escala de Braden. Análisis estadístico descriptivo y de dispersión.

Resultados: Han participado 88 personas (95%); el 51,1% eran hombres. La edad media fue de $82,09 \pm 5,2$ años. El riesgo de desarrollar UPP fue: "alto" en el 7,6% de los pacientes; "moderado" en el 8,7% y "bajo" en el 79,3%. La prevalencia de UPP fue del 3,4%. Las localizaciones más frecuentes fueron talón y sacro. Según la gravedad de las lesiones; predomina el estadio III, con un 50% de los afectados.

Conclusiones: se da mayor riesgo de UPP entre las mujeres. Observamos una asociación significativa ($p < 0,05$) entre el grado de dependencia y padecer UPP; así como por el tipo de cuidador. Los resultados obtenidos son semejantes a estudios desarrollados en Atención primaria, enmarcado en el ámbito rural.

Palabras clave: úlcera por presión, centro de salud, anciano, prevalencia.

ABSTRACT:

Objective: to know the prevalence of pressure ulcers (PU) in people older than 75 years attached to the health center of Fuentesrobles (Valencia).

Methods: an epidemiological study of prevalence. Preparation of an ad hoc specific questionnaire. Determination of the risk of PU by the Braden scale. Descriptive and dispersive statistical analysis.

Results: 88 people participated (95%); 51.1% were men. The mean age was 82.09 ± 5.2 years. The risk of developing UPP was "high" in 7.6% of patients; "Moderate" in 8.7% and "low" in 79.3%. The prevalence of PU was 3.4%. The most frequent locations were heel and sacrum. According to the severity of the lesions; stage III predominates, with 50% of those affected.

Conclusions: there is a higher risk of PU among women. We observed a significant association ($p < 0.05$) between the degree of dependence and suffering from UPP; as well as by the type of caregiver. The results obtained are similar to studies developed in primary care, framed in the rural environment.

Keywords: pressure ulcer, health center, elderly, prevalence.

INTRODUCCIÓN:

La piel es el mayor órgano del cuerpo humano; siendo el referente de la percepción (sensaciones térmicas: frío, calor...), de la expresión (refleja la timidez, el temor...), de la inmunidad, pero sobretodo actúa como barrera natural protectora. Pero como cualquier órgano con el paso del tiempo se va debilitando, si a eso le sumamos agresiones, externas y/o internas, de forma repetida o mantenidas a lo largo de un periodo de tiempo pueden alterar esa barrera y provocar un deterioro de la integridad cutánea y tisular. Siendo los profesionales sanitarios los encargados de tratar de prevenir su desarrollo y evolución ⁽¹⁾.

La úlcera por presión (UPP), según el NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel), es una lesión localizada en la piel o el tejido subyacente por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión (incluyendo presión

en combinación con la cizalla) que se tiene que resolver con una cicatrización de segunda intención⁽²⁾.

Antiguamente esta patología era contemplada como un proceso banal e inevitable en las personas de edad avanzada, especialmente aquellas en situación terminal o de inmovilidad, para pasar a considerarse en la actualidad un accidente asistencial previsible⁽³⁾. Esta epidemia viva que en este momento representa un importante problema de salud pública, así como de impacto social; tanto para los profesionales sanitarios como para el global de esta sociedad del bienestar en la que vivimos, provocando un deterioro de la calidad de vida de los pacientes y de su entorno familiar al mismo tiempo de agravar su pronóstico y situación clínica⁽⁴⁾. En España, se estiman que 165 muertes de cada 100.000 han estado relacionadas con UPP⁽⁵⁾.

En las “Estrategias de Seguridad del Paciente”, las UPP son consideradas como un efecto desencadenante de mala praxis asistencial; ya que entre un 95-98 % son prevenibles⁽⁶⁾. Se deberá de analizar los posibles fallos del Sistema Sanitario y las condiciones que puedan favorecer su aparición para eliminarlos. Existen diversidad de medidas terapéuticas para prevenir su aparición, así como tratamientos efectivos (dependiendo de la clasificación en la categoría) para permitir reducir su incidencia mejorando los indicadores de calidad asistencial⁽⁷⁾.

En la actualidad, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) describe las cifras de incidencia y prevalencia de las UPP como los indicadores de la calidad de los cuidados de enfermería prestados. Queda referenciado en el 8º Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud (2006-2010); en el que se propone: “Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los Centros Sanitarios del Sistema Nacional de Salud” y dentro del objetivo 8.3 se plantea “implantar a través de convenios con las Comunidades Autónomas proyectos que impulsen y evalúen prácticas seguras en ocho áreas específicas”; una de ellas es la de “prevenir las UPP en pacientes de riesgo”⁽⁸⁾.

Por otra parte, se ha demostrado que cuando no se han dado los mecanismos adecuados para una correcta prevención, el tratamiento con mejores resultados es una cura en ambiente húmedo. De la misma manera, se ha considerado trascendental unificar y establecer líneas de

actuación comunitarias para obtener los mejores resultados en el menor tiempo posibles y con un consumo racional y responsable de los recursos sanitarios⁽²⁾.

La Consellería de Sanidad y Política Social, de la Generalitat Valenciana, desarrolló en el año 2012 la guía de práctica clínica (GPC) para determinar las intervenciones preventivas o terapéuticas disponibles para el cuidado de las personas con UPP o en riesgo de padecerlas especialmente dirigida a los profesionales sanitarios, principalmente a la enfermería⁽⁹⁾.

El Sistema de Salud actual, enmarcado en un contexto de calidad, demanda un plan individualizado e integral dirigido hacia la prevención y el tratamiento precoz de las personas con UPP o riesgo de padecerla. Por lo que el Departamento de Salud de Requena, concretamente la Comisión CATIC (Comisión de actuación y cuidados en la prevención del deterioro de la integridad cutánea), para satisfacer esta demanda llevo a cabo un protocolo de actuación para implantar en todas las unidades de enfermería de la comarca un plan de medidas y cuidados unificados de prevención de esta patología; dar a conocer las escalas de valoración de su riesgo; poder identificar a todos los pacientes de riesgo de forma precoz además de evaluar los recursos necesarios para poder aplicar las medidas de prevención adecuadas.

A pesar de la importancia y transcendencia del problema de salud pública y de la diversidad de guías clínicas que se han desarrollado para combatir esta epidemia, actualmente existen muy pocos estudios donde su objetivo sea conocer la prevalencia. No obstante, es alarmante, la exclusión de los estudios donde su ámbito sea de tipo rural. Esta fue unas de las razones que nos llevó a realizar un estudio con estas características además de la labor primordial que realiza todo el equipo de Atención Primaria para prevenir estas patologías y que la mayoría de veces pasa desapercibida.

Por tanto, el objetivo principal de este estudio fue conocer la prevalencia de UPP en los pacientes mayores de 75 años adscritos al centro de salud de Fuenterrobles (Valencia) para mejorar la calidad de la prevención y el tratamiento cuando no se pueda evitar.

METODOLOGÍA:

El estudio realizado fue de tipo epidemiológico o cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal de la prevalencia de UPP en la población de Fuenterrobles durante el periodo de tiempo que abarca del 3 de abril del 2017 hasta el 28 de abril del 2017.

El estudio se llevó a cabo en el Centro Auxiliar de Salud de Fuenterrobles, ubicado en la comarca La Plana Utiel-Requena, al oeste la provincia de Valencia. Dicho centro pertenece al área de salud 2 (Caudete de las Fuentes) y al departamento 8, Requena. El departamento de Salud de Requena ofrece asistencia a 18 municipios que están divididos en 5 Zonas Básicas de Salud cada una de las cuales tiene asignado un centro de salud de cabecera y así como en algunos casos consultorios auxiliares, todos tienen al Hospital General de Requena como hospital referente. Debido a la extensión que abarca se confiere como el departamento con mayor dispersión de toda la Comunidad Valenciana.

La Zona de Básica de Salud II está compuesta por el Centro de Salud de Caudete de las Fuentes y los centros auxiliares de: Camporrobles, Fuenterrobles, Venta del Moro y todas sus aldeas, y Villargordo del Cabriel. El Centro Auxiliar de Salud de Fuenterrobles tiene una médica generalista y enfermería todos los días laborables con un horario de 8 a 15 horas; la especialidad de pediatría y matrona se limita a un día por semana. Para urgencias fuera de este horario se deberán de desplazar al centro de atención continuada localizado en Centro de Salud de Utiel (con una distancia de 18,5 km).

Previo al estudio, se llevó a cabo una revisión bibliográfica sobre el deterioro de la integridad cutánea y tisular, haciendo hincapié en las UPP, y una revisión documental de las mejores y más actuales evidencias y recomendaciones de práctica clínica sobre prevención UPP. La búsqueda bibliográfica de artículos, guías y otros documentos relacionados con la temática de estudio incluyó las principales bases de datos españolas e internacionales (EmBase, PubMed, Scirus, CUIDEN Plus, MEDES y Cochrane) varios repositorios (Dialnet Plus y Latindex) metabuscadores de recursos especializados en salud (Google Scholar), diferentes hemerotecas electrónicas (SciELO); así como consulta de libros y los portales Sanitarios del SNS.

La estrategia de búsqueda se limitó a un periodo de 15 años (2002-2017) utilizándose para ello los siguientes descriptores MeSH y operadores Booleanos “pressure ulcer” AND “epidemiology”. También se usaron los descriptores de la salud DeSC: “Úlcera por presión”, “guía de práctica clínica” combinados con texto libre: “UPP” y descriptores MeSH “decubitus ulcer” OR “pressure ulcer” OR “risk assessment” OR “Wound” OR “Geriatrics Methods” OR “Braden” OR “Costs”. Además, se revisaron las principales Guías de Práctica Clínica sobre el Deterioro de la Integridad Cutánea y Tisular Vigentes relacionadas con las UPP y sobretodo el protocolo de prevención y tratamiento del departamento de salud de Requena.

Se seleccionaron aquellos documentos que cumplieran los siguientes criterios de inclusión/ exclusión:

- Idioma: inglés y español.
- Temática: UPP, úlceras/lesiones cutáneas y heridas crónicas relacionados con los cuidados/mantenimiento de la piel.
- Tipo de estudios: estudios de revisión, estudios observacionales y casos clínicos.
- Guías de práctica clínica, guías de consenso y protocolos.
- Vigencia: artículos y documentos publicados en los últimos 15 años; a partir del 2002. En relación a las Guías Práctica clínica no se limitaron a un periodo de tiempo exclusivo; ya que las que hay actualmente no son muy recientes.
- Accesibilidad: se tuvieron en cuenta los documentos de acceso libre como aquellos de pago.

La población de estudio fue constituida por todas las personas mayores de 75 años que estaban empadronadas en la población de Fuenterrobles, y que además su centro de salud es el de dicha localidad. Los motivos por los que se seleccionó dicha población fueron debidos a los criterios de probabilidad de desarrollar úlceras establecidos en el Protocolo del CATIC para su prevención.

A la hora de elegir las distintas variables del estudio se tuvo en cuenta las recomendaciones de la GNEAUPP y se añadieron alguna variable de

otros estudios y de las directrices del departamento. Así pues, las variables analizadas en los pacientes han sido las siguientes:

- Sexo: cualitativa, nominal, dicotómica.
- Edad: cuantitativa, razón, discreta.
- Domicilio: cualitativa, nominal, dicotómica.
- Cuidador: cualitativa, nominal, dicotómica.
- Relación del cuidador con el paciente: cualitativa, nominal, dicotómica.
- Estudios del cuidador: cualitativa, ordinal, politómica.
- Situación laboral del cuidador: cualitativa, ordinal, politómica.
- Escalas para medir los índices: Barthel, Comorbilidad de Charlson, Braden y MNA: cualitativa, nominal, discreta.
- Estrategias de prevención: cualitativa, nominal, discreta.
- Úlcera: cualitativa, nominal, dicotómica

Para el estudio de campo, la recogida de datos se realiza en dos bloques: el primero de ellos, se extrajeron aquellos datos importantes que aparecían en el sistema informático del consultorio de la localidad (programa ABUCASIS) referente a la población mayor de 75 años, ya que es uno de los criterios que utiliza el Departamento de Requena como cribaje; y el segundo, se concertó una cita con estos pacientes para pasarles una serie de escalas: un cuestionario para la recogida de variables sociodemográficas (sexo, edad, enfermedad principal o enfermedades, cuidador y su parentesco, así como la edad y el trabajo que realiza) y la escala de Braden (escala de referencia desde el CATIC) identifica el riesgo de desarrollar UPP. En caso de presentar la UPP se identificará su grado, localización anatómica y las medidas de prevención aplicadas.

El análisis estadístico para determinar la prevalencia de desarrollar UPP y datos sobre los cuidadores y las estrategias de prevención aplicadas ha sido de tipo descriptivo, a través de medidas de tendencia central (frecuencias y porcentajes) con un intervalo de confianza del 95%; así como estadística inferencial (T de Student y ANOVA) para la comparación de los diferentes grupos.

Para el análisis estadístico de los cuestionarios (variables cuantitativas) se han comparado la media y la desviación típica-estándar utilizando la Correlación de Pearson.

Se consideraron que los resultados eran estadísticamente significativos cuando $p < 0,05$. Para la evaluación estadística del resto de variables (incidencia /prevalencia de UPP, etc.) el análisis consistió en hallar las medidas de tendencia central y de dispersión para un intervalo de confianza del 95%. La información aportada por el cuestionario fue introducida y analizada en el programa estadístico SPSS 13.0, y su posterior representación mediante gráficos.

RESULTADOS:

La participación resultante fue del 95,7% del total de la población mayor de 75 años de Fuenterrrobles. Esta cifra corresponde a un total de 88 participantes; siendo la población total en esta franja de edad de 92 personas.

En relación a las 4 personas perdidas, es decir, que no participaron en dicha investigación, fueron debido a que 3 de ellos residían fuera del pueblo; concretamente, en la ciudad de Valencia, y otra, estaba internada en la Residencia de Ancianos de Requena. La distribución de la muestra fue un total de 88 personas participantes; 47 eran varones, siendo su equivalencia del 51,1 % y 41 eran mujeres, siendo su porcentaje del 44,6%.

La media de edad de la población estudiada ha sido de 82,09 años, con una desviación estándar de $\pm 5,2$ años. El intervalo de edad estuvo entre los 75 y 100 años, la moda fue de 82 años. La media de edad de los hombres fue de 81 años, con una desviación típica (desviación estándar o DE) ± 5 años; rango de 75-92 años. Entre las mujeres, la media de edad fue de 83 años, con una DE ± 6 años; rango de 75-100 años. La distribución de los participantes en relación a la edad y sexo se pueden observar en la Imagen 1^(Imagen 1).

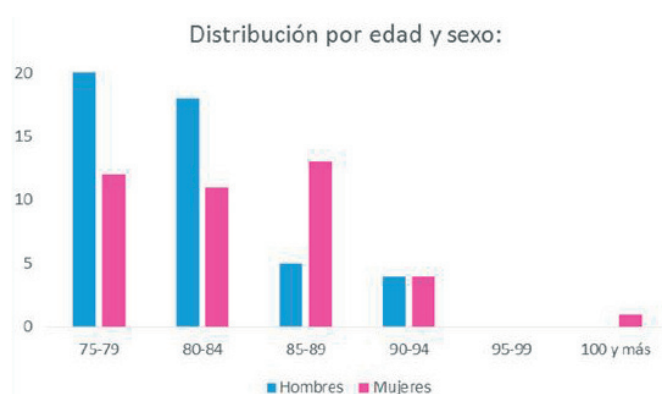


Imagen 1. Distribución del sexo y edad de la población a estudio.

Referente al domicilio de los participantes, 82 personas (89%) predomina la característica que el domicilio es propio de la persona o de su conyugue; mientras que únicamente 6 participantes su domicilio habitual era en una casa que no era de su propiedad, representando un porcentaje del 4,3 %.

Los resultados sobre si tienen o no la figura de un cuidador y la relación de parentesco (imagen 2), fue bastante desproporcionado ya que el 60,9% de los participantes no tenía, aunque tuviera algún grado severo de discapacidad. Únicamente un 34,8% poseía dicha figura. La relación de los cuidadores con la persona a cuidar era en su mayoría de tipo familiar (29,3%) y únicamente un 5,4% no tenían ningún tipo de parentesco familiar con su cuidador.

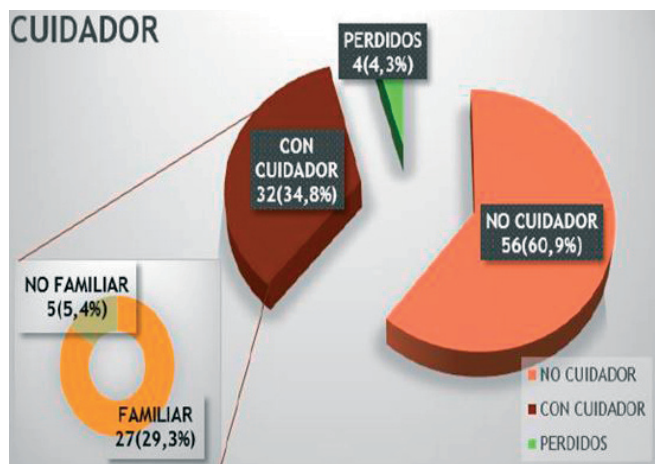


Imagen 2. Distribución de los cuidadores y su parentesco.

En relación a los estudios que poseían dichos cuidadores, el 32,6% tenían el graduado escolar exclusivamente; 1,1% un ciclo formativo medio, específicamente de auxiliar de enfermería; y un 1,1% estudios universitarios, concretamente magisterio. Destacar que la mayoría de los residentes del pueblo no tienen estudios de ciclos formativos ni universitarios; ya que muchos de ellos tuvieron que dedicarse al trabajo familiar sin obtener la posibilidad de estudiar y otros, se acomodaron a las labores de agricultura y ganadería.

La situación laboral de los cuidadores resultó ser muy desigual; ya que un 18,5 % estaban jubilados mientras al 15,2 % se encontraba en situación activa para poder trabajar, aunque la mayoría eran amas de casa. Solo un 1,1% manifestó estar desempleado buscando trabajo.

En la imagen 3 (imagen 3) se puede observar la tabla resumen de los Índices de Barthel, Charlson y Escala de Braden.

Análisis estadístico	Muestra	Índice de Barthel	Índice de Charlson	Escala de Braden
N	Válidos	88	88	88
	Perdidos	4	4	4
Frecuencia absoluta		88	88	88
Media		80,74	1,98	19,33
Error tip. de la media		2,676	0,136	0,369
Mediana		95	2	21
Moda		100	1	22
Desv. típ.		25,104	1,277	3,463
Varianza		630,195	1,632	11,994
Asimetría		-1,339	0,958	-1,229
Error tip. de asimetría		0,257	0,257	0,257
Curtosis		0,756	0,34	0,309
Error tip. de curtosis		0,508	0,508	0,508
Rango		85	6	12
Mínimo		15	0	10
Máximo		100	6	22
Suma		7105	174	1701

Imagen 3. Análisis estadístico de las escalas de Barthel, Charlson y Braden.

Los datos obtenidos en las puntuaciones del Índice de Barthel más significativas se pueden resumir de la siguiente forma: la media de puntuación fue muy alta situándose en 80,74 con una DE \pm 25,1; matizando la puntuación 15 como el valor mínimo y 100 como el valor máximo. Esta escala se puntúa del 0 al 100; a mayor puntuación la persona es más independiente. La mayor frecuencia de 100 la obtuvo un total de 35 participantes con un porcentaje de 38. La frecuencia menos repetida tiene varias puntuaciones como 30, 45, 55. Un dato relevante que 2 de los participantes tenían una puntuación de 15 lo cual indica que tiene una dependencia total.

Los distintos grados de dependencia que sufren las personas sometidas al estudio queda reflejado en la imagen 4 (imagen 4). Los resultados obtenidos muestran una distribución de mayor a menor proporción: un total de 39 de los casos (42,4%) tiene una dependencia leve; 35 casos (38%) manifiestan independencia; 5 casos (5,4 %) sufren una dependencia moderada; 5 casos (5,4%) sufren una dependencia total, y 4 casos (4,3%) sufren una dependencia grave.

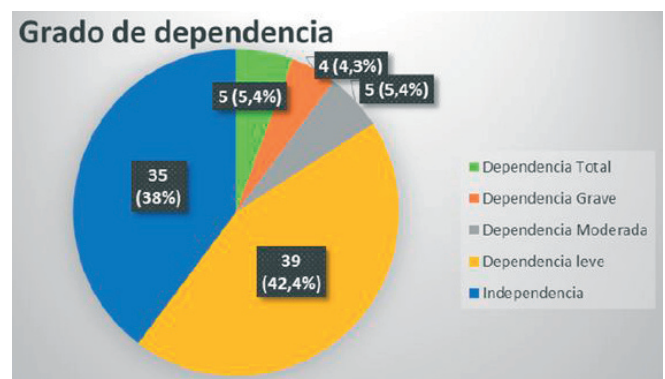


Imagen 4. Distribución de grados de dependencia.

Los datos obtenidos en el Índice de Charlson fueron: la media de 1,98 con una DE \pm 1,27; siendo el valor mínimo 0 y el máximo 6. Esta escala puntúa una serie de enfermedades con una determinada puntuación y así determinar el grado de comorbilidad del paciente. Los resultados obtenidos en el Índice de Charlson más representativos fueron: la media obtuvo una puntuación de 1,98 con una desviación típica de \pm 1,277; encontrándose en sus extremos valores mínimos de 0 y máximos de 6. Esta escala puntúa determinadas patologías características de los ancianos con 1,2,3 y 6 puntos dependiendo la grave de la enfermedad; más puntuación más patología padece la persona y más riesgo de mortalidad y comorbilidades graves. En la figura 6.12 se refleja que el valor con mayor frecuencia es 1 mientras que el de valor es 6, con un caso exclusivamente.

Los datos obtenidos en la escala de Braden: la media de 19,33 con una DE \pm 3,46; teniendo el valor mínimo en 10 y el máximo en 22. Esta escala valora el riesgo de desarrollar UPP, a menos puntuación mayor riesgo de desarrollarla. Los datos revelan para la Escala de Braden que se obtuvo una puntuación media de 19,33 siendo un dato muy característico porque revela que la población tiene un bajo riesgo de padecer UPP; siendo su desviación típica de 3,463. En los extremos encontramos la puntuación de 10 (significa que hay un riesgo alto de desarrollar UPP) y 22. La distribución de esta escala determina que a más puntuación menor riesgo de desarrollar UPP. En la figura 6.13 se recogen los resultados que muestran que la mayor frecuencia se obtiene con la puntuación 22 y la menor igualmente es obtenida por varias puntuaciones como son 12 y 18. Es importante destacar que la menor puntuación obtenida (siendo 10) tiene una frecuencia de 3 casos.

En la imagen 5 (imagen 5) muestra el riesgo que tienen los participantes de sufrir UPP con los ítems que estudia la escala de Braden. Después de analizar la puntuación se obtuvo el siguiente gráfico que muestra como casi el 80 % de los participantes tiene un riesgo bajo de sufrir este tipo de patología, pero en contra casi un 16 % tiene un riesgo moderado o alto, casi a una proporción de la mitad cada uno de los riesgos.

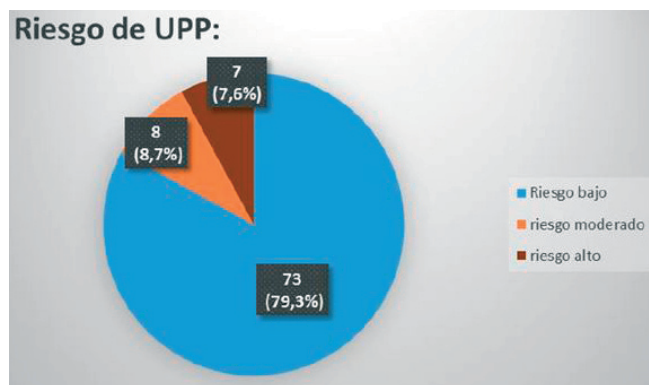


Imagen 5. Riesgo de UPP.

Centrándonos en las UPP obtenemos que únicamente 3 de los participantes tenían esta patología del total de 88 que participaron en el estudio; como queda reflejado en la figura 6.15. Así que resulta una prevalencia de UPP en la población mayor de 75 años en Fuenterrobles del 3,4 % y un número de 2 UPP por paciente ulcerado.

En relación a las características de las personas del estudio que sufren UPP, en la imagen 6 (imagen 6) podemos observar una tabla resumen, de ellos, los datos más representativos fueron:

- El 66,6% de las UPP son padecidas por el sexo femenino frente al 33,3% del masculino.
- La edad media 86,3 con una DE \pm 5,68.
- El domicilio del participante era propio en los tres casos.
- Todos presentan la figura del cuidador, su relación es de tipo familiar y únicamente poseen el graduado escolar; se aprecian cambios en cuanto a la situación, el 66,6 están jubilados frente al 33,3 % que es encuentra en situación activa
- Los datos obtenidos con el Índice de Barthel sitúa a estos pacientes en una situación de dependencia (el 66 % la tiene grave mientras que un 33 % es total). A partir de esta escala también se determinó si los pacientes eran continentes o incontinentes a la orina; se obtuvo el resultado que todos eran incontinentes.
- El Índice de Charlson no es muy elevado; por lo que las patologías que acompañan a estos pacientes no son muy graves o no se encuentran en la lista.
- El riesgo de sufrir malnutrición (mediante el test MNA) únicamente se podía apreciar en una de las participantes.
- El riesgo de desarrollar UPP (Escala de Braden) era alto en el 33 % de los pacientes que ya las presentaban UPP y moderado, en el otro 66 %.

- La distribución de las localizaciones más frecuentes fue en los talones, 3 casos, y 1 en el sacro.
- La gravedad de las lesiones fue muy heterogénea; ya que cada una de las UPP presentaba un grado, siendo estos grados I, II y III respectivamente.

Características	Participantes		
	88	82	91
Edad			
sexo	Mujer	Hombre	Mujer
domicilio	Propio	propio	No propio
Cuidador	si	Si	si
Relación	Familiar	Familiar	Familiar
Estudios	Graduado escolar	Graduado escolar	Graduado escolar
Situación laboral	Jubilado	Jubilado	Activo
Ind.Barhtel	15	25	25
Dependencia	Total	Grave	Grave
Ind.Charlson	4	1	2
Esc.Braden	14	14	10
Riesgo	Moderado	Moderado	Alto
Med.Prev	Riesgo. Bajo	Riesgo Bajo	riesgo Bajo
MNA	Nutrición Normal	Nutrición Normal	riesgo de Mainutrición
UPP	si	si	si
Localización	Sacro /talones	Talón	talones
Gravedad	Grado 2	Grado 1	Grado 3
Incontinencia	Si	Si	si

Imagen 6. Características de la población con riesgo de UPP.

Los datos más significativos después de comparar varias variables con la aparición de UPP quedaron reflejados en las imágenes 7 y 8 (imágenes 7y8). El grado de dependencia, la presencia del cuidador y la relación del cuidador está relacionado con la presencia de UPP; aunque esta relación es muy pequeña y no se podría extrapolar los resultados.

Relación del Grado de Dependencia con UPP			
	UPP		total
	NO	SI	
Grado de dependencia			
Dep. Total	4	1	5
Dep.Grave	2	2	4
Dep.Moderada	5	0	5
Dep.leve	39	0	39
Independencia	35	0	35
Total	85	3	88

Pruebas Chi-cuadrado:					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	33,336(a)	4	0		
Razón de verosimilitudes	15,62	4	0,004		
Asociación lineal por lineal	15,662	1	0		
N de casos válidos	88				

Imagen 7. Relación grado de dependencia con UPP.

Presencia de cuidador con UPP:				
CUIDADOR		UPP		Total
		NO	SI	
	NO CUIDADOR	56	0	56
	CON CUIDADOR	29	3	32
Total		85	3	88

Prueba de Chi-cuadrado:					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,435(b)	1	,020		
Corrección por continuidad(a)	2,961	1	,085		
Razón de verosimilitudes	6,257	1	,012		
Estadístico exacto de Fisher				,045	,045
Asociación lineal por lineal	5,374	1	,020		
N de casos válidos	88				

Imagen 8. Relación presencia de cuidador y persona con UPP.

DISCUSIÓN:

Las UPP representan un importante problema de salud pública debido al elevado porcentaje de personas afectadas en todo el mundo; asimismo puede llegar a perturbar la salud y la calidad de vida llegando a conducir a una discapacidad o incluso la muerte. El conocimiento de la epidemiología de las UPP es un instrumento básico, en todos los niveles de salud, para poder diseñar unas políticas sociosanitarias orientadas al estudio de este problema, especialmente en la población anciana, y llevar a realizar una adecuada prevención (10).

La finalidad del estudio fue determinar la prevalencia de UPP para confirmar si las medidas preventivas que está llevando a cabo por parte del departamento de Requena, y en especial por el Consultorio Auxiliar de Fuenterrobles, se están cumpliendo debido a que "el problema de las UPP debe centrarse en medidas preventivas, ya que el 95% de las lesiones son evitables" (11). La dificultad que surgen en estas poblaciones rurales es que enfermería no está 24 horas al día en la casa con el paciente y en determinadas ocasiones, los familiares bien por desconocimiento o por despreocupación no realizan las pautas que enfermería les ha explicado y recomendado para el cuidado de su familiar. Nuestra responsabilidad, como enfermeros, es asegurarnos de tener los conocimientos y la experiencia práctica necesarios para transmitirlos y concienciar a los cuidadores para que ofrezcan las mejores condiciones a nuestros pacientes y obtener el máximo beneficio para ofrecer la mejor calidad de los cuidados.

El cálculo de la prevalencia en nuestro estudio se ha realizado tomando como población total al número de personas mayores de 75 años que han participado en dicho estudio, lo cual nos da un índice de prevalencia cruda (PC) del 3,4 % que en un principio no se puede considerar una cifra elevada. La problemática se instauró al comparar estos resultados con otros estudios que tuvieran las mismas características ya que resultó ser una etapa muy complicada; debido a que la mayoría aportaba otras variables o características distintas. A pesar de las dificultades encontradas seleccionamos algunos estudios que cumplía bastante de las características del nuestro y nos podrían acercar a una dimensión más probable del problema.

La cifra de PC es muy inferior si se compara con otros estudios similares que se han desarrollado en el ámbito de Atención Primaria como los llevados a cabo en una zona rural de Málaga obteniendo una prevalencia de 12,9 %⁽¹²⁾; en una zona rural de la provincia de Cádiz con una prevalencia de 9,3%⁽¹³⁾; en centros de las Islas Baleares destacando una prevalencia del 12,6 %⁽¹⁴⁾; en el servicio de atención domiciliaria de una zona básica de salud de Piloña (Asturias), la prevalencia fue de 12,7%⁽¹⁵⁾. Sin embargo, en el 4º Estudio Nacional de Prevalencia de UPP⁽¹⁶⁾ que divide a la AP en distinto ámbito geográfico se obtiene una PC distribuida de la siguiente forma: centros rurales 6,79%; centros urbanos 9,5%; y los centros mixtos 8,35%. Estas cifras nos parecen sorprendentes si las comparamos con los mismos estudios en años anteriores; como por ejemplo en 2005 la PC fue de 3,73%; o en 2009, de 5,89%.

No podemos dar una explicación clara sobre estos datos pero se barajan varias hipótesis al respecto: la crisis económica y los recortes sanitarios hayan experimentado una gran mella en estos centros, afectando a los recursos humanos como materiales; o los datos no expresan la realidad de la situación, como explican en los artículos “el hecho de que las personas que han respondido el cuestionario sean en su mayoría miembros del GNEAUPP, puede suponer para el estudio un posible sesgo a la baja, ya que se trataría de personas con una mayor sensibilidad ante el problema de las UPP”. Sin embargo, “el hecho de que sean los profesionales y las instituciones quienes faciliten los datos de prevalencia, nos presenta una información bastante fidedigna”⁽¹⁷⁾.

Según nuestro estudio de investigación, hay un promedio de 2 UPP por cada paciente ulcerado. Algo inferior al descrito en los pacientes con UPP en una UCI donde hay un promedio de 2,2 UPP⁽¹⁸⁾. Estos resultados son curiosos debido a que prácticamente se tienen el mismo número de úlceras que los pacientes de una unidad especial de hospitalización con graves patologías.

Los datos obtenidos en relación a la edad media de nuestros participantes fueron de $82,09 \pm 5,2$ años y la de los que presentaban UPP de $86,3 \pm 5,68$ años. Algo superior a lo descrito en 2011 por Nieto García et.al⁽¹³⁾. En pacientes con UPP en el estudio de Cádiz, que fue de $77,7 \pm 12$ años y $82,7 \pm 9$, respectivamente. Estas cifras están muy alejadas de la edad media del 4º Estudio Nacional de Prevalencia de UPP que la sitúa en torno a los $79,3 \pm 13,6$ años⁽¹⁶⁾. Esta característica puede verse afectado por la reducida muestra de nuestro estudio y la particularidad de que la población debía tener 75 años o más.

En referencia al sexo, podemos destacar que las UPP afectan en una mayor proporción al sexo femenino; cualidad que se ha confirmado en todos los estudios consultados y comparados. Los porcentajes que representan el sexo femenino se localizan en torno a 2 de cada 3 UPP las padecen las mujeres. “Esta prevalencia mayor en mujeres parece debida probablemente a su mayor supervivencia, que no siempre va asociada a una buena calidad de vida”⁽¹⁰⁾.

La figura del cuidador en nuestro estudio, tanto en los pacientes con UPP o sin ellas, tenía un parentesco mayoritariamente de tipo familiar con estudios únicamente de graduado escolar. Es curioso que aquellas personas que tenían un cuidador sin ningún parentesco, a pesar de los mismos estudios, no haya desarrollado ninguna UPP. Esta conclusión extraída puede deberse a que estos cuidadores lleven a cabo unas medidas preventivas convenientes debido de las repercusiones sociales y económicas que puedan eximirles los familiares; mientras que los de tipo familiar como es una obligación pueden menos preciar los cuidados que ofrecen. Sobre este punto hemos encontrado un trabajo de Estados Unidos en el que se aprecia que hay mayor riesgo de desarrollar UPP si el cuidador principal es un hijo adulto que si lo es la esposa⁽¹³⁾. Es cierto que de las 3 UPP que hemos localizado en los estudios: 2 UPP sus cuidadores eran hijos e hijas de la paciente mientras que exclusivamente 1 UPP era la cuidadora, su esposa.

En referencia a la evaluación del riesgo de padecer UPP, hemos utilizando la Escala de Braden por diversos motivos los cuales me gustaría resaltar: es la escala utilizada por nuestro departamento de salud, la mejor escala validada de las EVRUPP y la más utilizada para AP como se puede observar en el estudio del 2008 de Pancorbo Hidalgo et. al.⁽¹⁹⁾.

Los resultados sobre esta valoración mostraron que de los 3 participantes que tenían UPP: 2 tenían un riesgo moderado, por tanto, representaban al 66,6%, y únicamente 1 quedaba circunscrito en el riesgo alto, obteniendo el 33,3%. Estos datos se contraponen a los datos del estudio de Nieto García et al⁽¹³⁾ en cual muestra que de las 8 UPP que presentaban sus pacientes: 5 tenían riesgo alto, representando un 62,5%, y 3 con riesgo moderado, teniendo un 37,5%.

Las principales localizaciones de las lesiones en nuestros pacientes son, en primer lugar, los talones, con un total de 5 UPP y en segundo, el sacro, con 1 UPP. Estas principales localizaciones son idénticas a las recogidas por Pancorbo Hidalgo et al. en 4º Estudio Nacional de Prevalencia de UPP⁽¹⁶⁾. Sin embargo, los datos observados en diferentes estudios cambian el orden, priorizando el sacro a los talones; como por ejemplo en los estudios de Gálvez Romero et al⁽¹²⁾, de Nieto García et al⁽¹³⁾, de Esperón Güimil et al⁽¹⁸⁾, de Tomás-Vidal et al⁽¹⁴⁾ o de Soldevilla-Agreda et al, en el Segundo Estudio Nacional⁽²⁰⁾ "En Atención Primaria se atiende en torno al 50 % de las UPP predominando los estadios II-III, los mismos estadios que en pacientes ingresados en residencias geriátricas. En los hospitales, por el contrario, predominan los estadios I-II"⁽¹³⁾. En principio podría pensarse que en el primer nivel son donde menos graves son las UPP, pero se podrían realizar una serie de matizaciones:

- El nivel asistencial en el que más tiempo pasan es AP; por lo que parece lógico que sea el eslabón donde más graves sean cuando aparezcan.
- La distancia de kilómetros hasta el Hospital de Referencia es considerable; concretamente de 42 km, por lo que las personas solo se movilizan por intervenciones quirúrgicas o patologías muy graves.

Destacar un aspecto negativo en nuestro estudio; es lo relacionado a las medidas preventivos enumerados en el cuestionario. Los cuidadores reconocían controlar el aporte nutricional, los cuidados sobre la piel y controlar el exceso de humedad de las personas a las que atendían, pero no estaban sensibilizados de la importancia de los cambios posturales, las protecciones locales o el control de la presión mediante colchones o cojines; a pesar de la repetición constante por parte de enfermería de la realización de estas medidas. Los resultados están muy alejados de los plasmados en los estudios de Nieto García et al⁽¹³⁾ y de Soldevilla Agrega et al^(20,21). En estos estudios, los cambios posturales representan entre el 13% y 25% de los casos, siendo porcentajes bajos que se han obtenido un sesgo al alta, ya que son referidos por parte de los propios cuidadores; y como hemos visto en nuestro estudio es nula la importancia que le dan.

Para finalizar; señalar que en el presente estudio tiene cierto grado de fortaleza ya que los datos fueron recogidos por el mismo personal de enfermería previamente formado en UPP y que, en la mayoría de los casos, las valoraciones de la UPP fueron reevaluadas por otro miembro de enfermería, lo cual facilitó la validez de los resultados. Pero también han surgido una serie de limitaciones que me gustaría dejar reflejadas. En primer lugar, la muestra estudiada no es suficiente para poder generalizar los resultados obtenidos sobre prevalencia de UPP. Aunque es evidente que los resultados son semejantes a estudios desarrollados en AP enmarcado en el ámbito rural. En segundo lugar, la realización del estudio en un único contexto sanitario.

CONCLUSIONES:

Nuestro estudio revela una prevalencia de presencia de UPP del 3,4% sobre el total de la población estudiada mayor de 75 años.

- Observamos que en mujeres la prevalencia de padecer UPP alcanza un 66,6 %; que casi duplica a la misma calculada en hombres.
- La edad media de padecer UPP es de 86,3 años con una DE del 5,68.
- Todas cuentan con cuidador siendo su relación familiar y con estudios de graduado escolar. Podemos apreciar que cambia la situación laboral ya que el 66,6% están jubilados mientras que un 33,3 % está en situación activa.

- El Índice de Barthel determina que el 66,6 % de los participantes tiene una dependencia grave frente al 33,3 % que es una dependencia total.
- Únicamente un 33,3 % de pacientes con UPP presentaba riesgo de malnutrición después de pasarle el test MNA.
- Las localizaciones más frecuentes fueron talones, 4 casos y en el sacro, 1 caso.
- La gravedad de las UPP se diferenciaba en los distintos grados; la mayoría se encontraba en grado III, 2 talones y 1 sacro; con el grado II estaba 1 talón; mientras con el grado I estaría otro talón.

CONFLICTOS DE INTERÉS Y FINANCIACIÓN:

La autora declara no tener conflictos de interés y que no ha recibido financiación alguna para realizar el presente estudio.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Palomar-Llatas F, Fornes-Pujalte B, Arantón-Areosa L, Rumbo-Prieto JM. Envejecimiento cutáneo y dermatoporosis. *Enferm Dermatol.* 2013; 7(18-19): 8-13.
2. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). Prevención y tratamiento de úlceras por presión: Guía de consulta rápida. Perth, Australia: Cambridge Media; 2014.
3. Soldevilla Agreda J, Verdú Soriano J, Torra i Bou J. Impacto social y económico de las úlceras por presión. [Internet]. researchgate.net. [Acceso 4 julio de 2017]. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/268428358>
4. Alonso Lorente C, Barrasa Villar J, Aibar Remón C. Evolución de la prevalencia de úlceras por presión en un hospital de agudos de tercer nivel (2006-2013). *Rev Calid Asist.* 2015; 30 (3): 135-41. doi: 10.1016/j.cali.2015.01.011
5. Soldevilla Agreda J, Torra i Bou J, Martínez Cuervo F, Orbeagozo A, Blasco García C, San Sebastián J. Epidemiología, impacto y aspectos legales relacionados con las úlceras por presión. Madrid: Spa; 2004.
6. Rumbo-Prieto JM, Gómez-Coiduras M. Efectos Adversos relacionados con úlceras por presión en la atención socio-sanitaria. *Enferm Dermatol.* 2012; 6 (17): 50-1.
7. Capillas R, Arantón-Areosa L, Fornes Pujarte B, Ruiz, A, Palomar Llatas F. Gestión de los cuidados Enfermeros en Úlceras y Heridas. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2009.
8. Ministerio de Sanidad., servicios sociales e igualdad (MM. SS.). Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: MM. SS; 2010.
9. Avilés MJ, Sánchez MM, coordinadoras. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerla. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2012.
10. Carbonell Fornés P, Murillo LLorente M. Las úlceras por presión en gerontología: prevalencia y variables definitorias. *Gerokomos.* 2015; 26 (2): 63-7. doi: 10.4321/S1134-928X2015000200006
11. Anguera Saperas L, Colodrero Díaz E, García Grau N, Mateo Zapata E, Roca Biosca A, Velasco Guillén M. La educación como pieza clave en la prevención y buena evolución de las úlceras por presión. *Enferm Intensiva.* 2009; 20 (1): 19-26. doi: 10.1016/S1130-2399(09)70663-7
12. Gálvez Romero C, Mayorga Ramos E, Gornemann Schafer I, González Valentín M, Corbachi del Real J, Jimenez Berbel M, Corbacho del Real J. Prevalencia y factores de riesgo de úlceras por presión. *Aten Primaria.* 2002; 30 (6), 357-62.
13. Nieto García J, Revuelta Agudo J, Crespo Castro J, Marín Segura R, Puya Barroso M. Prevalencia de las úlceras por presión en una zona rural de la provincia de Cádiz. *Semergen.* 2011; 37 (6): 275-9. doi: 10.1016/j.semereg.2011.01.005
14. Tomás-Vidal A, Hernández-Yeste M, García-Raya M, Marín-Fernández R, Cardona-Rosello J. Prevalencia de úlceras por presión en la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares. *Enferm Clin.* 2011; 21(4):202-9. doi: 10.1016/j.enfcli.2011.03.005
15. de Con Redondo J, Martínez Cuervo F. Prevalencia de úlceras por presión en una zona básica de salud. *Gerokomos.* 2009; 20 (2): 92-7.
16. Pancorbo Hidalgo P, García Fernández F, Torra i Bou J, Verdú Soriano J, Soldevilla Agreda J. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4º Estudio Nacional de Prevalencia. *Gerokomos.* 2014; 25(4):162-70. doi: 10.4321/S1134-928X2014000400006
17. Rueda Torra i Bou J, Rueda López J, Soldevilla Agreda JJ, Martínez Cuervo F, Verdú Soriano J. 1º Estudio Nacional de prevalencia de úlceras por presión en España. *Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes.* *Gerokomos.* 2003; 14(1):37-47.
18. Esperón Güimil J, Angueira Castelo C, Escudero Quiñones A, Ocampo Piñeiro J, Poceiro Salgado S, Vilas Pastoriza M. Monitorización de úlceras por presión en una unidad de cuidados intensivos. *Gerokomos.* 2007; 18 (3):142-50.
19. Pancorbo-Hidalgo P, García-Fernández F, Soldevilla-Agreda JJ, Martínez-Cuervo F. Valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión: uso clínico en España y metaanálisis de la efectividad de las escalas. *Gerokomos.* 2008; 19(2): 84-98.
20. Soldevilla Agreda J, Torra i Bou J, Verdú Soriano J, Martínez Cuervo F, López Casanova P, Rueda López J, Mayán Santos JM. 2º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2005: Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. *Gerokomos,* 2006;17 (3): 154-72.
21. Soldevilla Agreda J, Torra i Bou J, Verdú Soriano J, López Casanova P. 3º Estudio Nacional de Prevalencia de úlceras por presión en España, 2009. *Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes.* *Gerokomos.* 2011; 22 (2): 77-90.

REVISIÓN HISTÓRICA SOBRE EL USO EN HERIDAS DEL EMPLASTO CONFORTATIVO DE VIGO

HISTORICAL REVIEW ON THE USE IN WOUNDS OF VIGO'S COMFORTIVE EMPLASTRUM

Autores: José María Rumbo Prieto^(1,2), Alba Cortizas Montero⁽³⁾, Juan Santiago Cortizas-Rey⁽⁴⁾

(1) PhD, Máster en Deterioro de la integridad cutánea, úlceras y heridas. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

(2) Grupo de investigación: Integridad y Cuidados de la Piel. Universidad católica de Valencia.

(3) Licenciada en Farmacia. Universidad de Santiago de Compostela.

(4) Experto Universitario en el Cuidado de Heridas y Cuidados Paliativos. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

Contacto: jmrumbo@gmail.com

Fecha de recepción: 17/7/2017
Fecha de aceptación: 21/8/2017

RESUMEN:

Objetivo: Dar a conocer el origen, la elaboración e indicación terapéutica del denominado “emplasto confortativo de Vigo”.

Método: Estudio descriptivo hermenéutico de revisión histórica y documental. Lectura crítica de manuales y tratados médicos, farmacopeas y otros textos científicos desde el siglo XVII al XIX. Exposición de resultados de forma narrativa.

Resultados: Juan de Vigo fue un médico-cirujano genovés de finales del siglo XVI, que experimentó con diferentes ungüentos y emplastos, entre los que destacó los mercuriales y uno a base de minio (polvo rojo de plomo) combinado con trementina (resina de pino); muy popular y efectivo por su acción rubefaciente, astringente, emoliente y resolutive. Fue conocido oficialmente en la farmacopea española como “emplasto confortativo (de Vigo)”.

Conclusiones: El emplasto Conformativo de Vigo aparece en todas las ediciones de la farmacopea española como tratamiento de primera elección para calmar dolencias óseo-articulares y diversas úlceras pustulosas, atónicas y recalcitrantes. Su elaboración sirvió de base para crear más de 20 tipos de emplastes. Dejaría de usarse a mediados del siglo XX, cuando se prohibió en España utilizar medicamentos combinados con plomo.

Palabras clave: emplasto confortativo; Juan de Vigo; úlceras, óxido de plomo rojo, minio, trementina.

ABSTRACT:

Objective: To make known the origin, the elaboration and therapeutic indication of the so-called “Vigo’s comfortive emplastrum”.

Method: A hermeneutic descriptive study of historical and documentary revision. Critical reading of manuals and medical treatises, pharmacopeias and other scientific texts from the 17th to the 19th century. Exposition of results in narrative form.

Results: Juan de Vigo was a Genovese surgeon of the late sixteenth century, who experimented with different ointments and emplastrums, among which the mercurial and one based on minium (red lead powder) combined with turpentine (pine resin); very popular and effective because of its rubefacient, astringent, emollient and resolute action. It was officially known in the Spanish pharmacopeia as “comfortive emplastrum (of Vigo)”.

Conclusions: Vigo’s comfortive emplastrum appears in all editions of the Spanish pharmacopeia as the first choice treatment to calm osseo-articular diseases and various pustular, atonic and recalcitrant ulcers. Its elaboration served as a basis to create more than 20 types of emplastrums. It would no longer be used in the middle of the 20th century when it was prohibited in Spain to use drugs combined with lead.

Keywords: comfortive emplastrum; John of Vigo; ulcers, red lead oxide, minium, turpentine.

INTRODUCCIÓN:

Según el *Formulario Universal o Guía práctica del médico, del cirujano y del farmacéutico*, del Dr. Álvarez-Alcalá (1850, 2ª Ed.)⁽¹⁾, los emplastos son formas farmacéuticas oficiales, medicamentosas, sólidas y aglutinantes, que se elaboran mezclando polvos con cuerpos blandos o líquidos, estando destinados para un uso externo.

En el *Diccionario de Medicina de Nysten* (1848, 9º Ed.)⁽²⁾, se describe que, entre los emplastos, unos están formados de cuerpos grasos y aceitosos, de resina, de cera, de polvos vegetales o de decocciones, sin óxido alguno metálico, y se les da el nombre de unguentos emplásticos; otros están solidificados por un óxido de plomo y toman el nombre de emplastos propiamente dichos. Para hacer uso de un emplasto se ablanda por calor, amasándolo entre los dedos o bien se moja en agua caliente y se le extiende en un pedazo de tela o baldés, u otro material semejante, generalmente para cubrir heridas o lesiones.

Dependiendo del uso y finalidad médica que se le da al emplasto, este puede ser calificado con diferentes adjetivos (revulsivo, resolutivo, mitigante, cicatrizante, antihistérico, anodino, etc.), siendo uno de los más utilizados en traumatismos y úlceras atónicas el “confortativo”, ya que su principal virtud es el de confortar y corroborar (fortificar, excitar)^(2,3); es decir, la de calmar las molestias y estimular la fuerza vital del cuerpo para que logre recuperarse de la lesión.

Generalmente, la nomenclatura de los emplastos se determinaba o eran reconocidos en la farmacopea oficial en base a tres supuestos:

1. Reconocer al galeno, boticario o lugar geográfico que le da nombre al emplasto, ya sea porque fue elaborado por primera vez en ese lugar o por esa persona.
2. Por algún ingrediente utilizado en el emplasto, específico y/o peculiar, de ahí su nombre.
3. Dependiendo de la función clínica y/o medicamentosa, el emplasto era bautizado por su acción y efecto.

Haciendo una revisión de los emplastos más famosos y populares de la historia de la medicina y farmacología española, hay varios que destacan por sus epónimos (dícese del nombre de persona, animal o cosa que es usado para dar nombre

a un lugar u objeto de cualquier clase) como son los⁽²⁻⁴⁾: “emplasto de ranas”, “emplasto de Andrés de la Cruz”, “emplasto Cicuta”, “emplasto de pez de Borgoña”, “emplasto Real”, “emplasto Imperial”, “emplasto alejandrino” “emplasto de Arce”, etc.

Pero, existen muy pocos emplastos que hayan perdurado a lo largo del tiempo por su eficacia y popularidad y que, además hubiesen sido descrito en diccionarios, manuales y tratados médicos, desde las primeras ediciones de los incunables (primera aparición de textos impresos, siglo XVI), y renombrado en todas las farmacopeas oficiales desde el siglo XVII hasta la edad contemporánea; como ha sido el “Emplasto confortativo de Vigo”.

El objetivo de este trabajo fue dar a conocer el origen, la preparación e indicación terapéutica del denominado “emplasto confortativo de Vigo”, desde el siglo XVI hasta finales del siglo XIX. La finalidad es acercarnos a la realidad, a través de los textos médicos, de cómo ha evolucionado ciertos productos farmacológicos para la cicatrización de heridas, y estudiar uno de los galenos más enigmático y prolífero de la farmacopea europea.

METODOLOGÍA:

Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo hermenéutico de revisión histórica y documental (historical review), sobre la forma farmacéutica tópica del siglo XVI denominada “emplasto confortativo de Vigo” y de la figura del Dr. Juan de Vigo.

La búsqueda bibliográfica fue realizada el primer trimestre de 2017, mediante los metabuscadores Google Books y Google Scholar; así como en diferentes repositorios de universidades y bibliotecas españolas. También se realizó búsqueda inversa con la bibliografía aportada con los documentos seleccionados. Los descriptores utilizados fueron “emplasto de Vigo”, “Vigo’s plaster”, “Vigo’s poultice”, “Vigo’s emplastrum”, “Juan de Vigo” y “Giovanni da Vigo”.

Sólo fueron seleccionados textos y obras médicas, científicas y farmacológicas publicadas en España entre los siglos XVI al XIX, en texto castellano y latín. Siendo el principal criterio de inclusión el contener algún tipo de información sobre el médico-cirujano Juan de Vigo y/o la elaboración, administración y aplicación terapéutica del “emplasto confortativo de Vigo”.

A cada uno de los libros o documentos seleccionados se les aplicó el mismo procedimiento de investigación a través del método de grupo nominal (consenso entre los autores). Tras una lectura y revisión completa de la obra, se comenzó la recogida y transcripción de información considerada relevante por su importancia clínica; elaborando para ello una ficha bibliográfica y otra de recogida de datos, siguiendo un orden cronológico, que hace referencia a ciertas características históricas y técnicas como:

1. Referente al médico: fecha y lugar de nacimiento y muerte, biografía relevante y producción científica.
2. Referente al emplasto de Vigo: nombre de la fórmula, composición cualitativa y cuantitativa, método de elaboración, propiedades y virtudes terapéuticas.

Los resultados se presentan redactados de forma narrativa, siguiendo una secuencia ordenada del proceso cronológico e histórico de la época, para una mejor comprensión lectora.

RESULTADOS:

1- El Dr. Juan de Vigo

Giovanni da Vigo (Rapallo, 1460? - Roma, 1525?) [Traducido al castellano como Juan de Vigo], fue un destacado médico-cirujano genovés de la primera mitad del siglo XVI (principios del Renacimiento). Cursó sus estudios de medicina en el Hospital Pammatone de Génova y practicó cirugía en Saluzzo (Piamonte), coincidiendo con ilustres médicos-cirujanos coetáneos como Battista y Marchesi. Alcanzó la máxima notoriedad entre la profesión al ser nombrado médico personal del Cardenal Rovere (nombrado Papa Julio II, en 1503), cargo que ostentó en Roma durante 10 años, pasando el resto de su vida como médico al servicio del Clero en la capital italiana^(5,6).

En su biografía no hay constancia de que realizara grandes curaciones o que llevase a cabo importantes operaciones quirúrgicas; aunque sí hay pasajes históricos que lo relacionan con una intensa vida dedicada a investigar y experimentar tratamientos sobre el mal de la época, la sífilis (conocida como el mal francés). También se interesó por la cauterización de heridas traumáticas por arma de fuego. Hay documentos que recogen que fue el creador de varios emplastos, ceratos, ungüentos y esparadrapos con base de polvos de minio y de mercurio, que utilizó en la

curación de úlceras tumorales y venéreas, los cuales se hicieron muy populares, y que fueron nombrados en todas las publicaciones de farmacopeas europeas, hasta casi mediados del siglo XX.

Entre las obras científicas realizadas por Juan de Vigo, destacan dos ensayos de temática médico-quirúrgico escritos en latín: *Practica in arte chirurgica copiosa* (1514)^(7,8) y *Practica in arte chirurgica compendiosa* (1517). De las dos, la primera fue la obra más exitosa, siendo reeditada varias veces y traducida al alemán, francés, italiano y, al castellano bajo el título de “Libro o Practica en Cirugía”; con tres ediciones, siendo la 1ª ed. en 1537^(Valencia)⁽⁹⁾ (Imagen 1).

La obra en sí se subdivide en nueve libros que tratan de: la anatomía, los abscesos, las heridas, las úlceras, la sífilis, las fracturas, las medicinas simples y los antidotos; hay también un suplemento sobre hechizos, afrodisíacos, cosméticos, curaciones para la obesidad y la delgadez, y un método para extraer un feto sin vida. Varias partes de la obra fueron escritas para diferentes personajes de la nobleza, del Clero y para su hijo (Juan de Vigo tuvo dos hijos, Ambrosio que fue sacerdote y Luigi que ejerció como médico-cirujano y del cual se dice que escribió esta obra para él)⁽⁵⁾.



Imagen 1. Portada de la 1ª Ed en castellano (1537) del “Libro o practica en cirugía” de Juan de Vigo (Fuente: Real Academia Nacional de Medicina).

2- El emplastro confortativo de Vigo

En el segundo libro de los nueve que incluye la obra “Practica en cirugía”⁽⁹⁾, el cual trata de los “apostemas” (absceso supurado); incluye en tratado segundo “de los apostemas fríos en general”, capítulo XI “sobre la cura del cáncer”, págs. 118-119; describe un unguento magistral a base de trementina purificada y de “minio” en polvo. El emplastro se debía extender sobre un trozo de tela para aplicar directamente a la lesión; con la finalidad de obtener, según el caso, efectos preventivos o curativos sobre las úlceras tumorales malignas y otras semejantes. También, en el tratado tercero “apostemas fríos y calientes en particular de la cabeza hasta los pies”, capítulo I de “curación de todas las pústulas.../...apostemas y efervescencias vinientes de la cabeza.../...”; pág. 125, se vuelve hacer referencia al mismo unguento, pero potenciado con mercurio, que recomienda usar porque sirve para eliminar cualquier tejido no viable, sin molestias ni dolor.

En la considerada primera farmacopea oficial española (officina medicamentorum)⁽¹⁰⁾ escrita en latín⁽¹¹⁾ en 1601, el unguento de minio en polvo y trementina será conocido originalmente como “polvo de Juan de Vigo sin mercurio” y posteriormente con el nombre de “Emplastro confortativo de Vigo”. Esta denominación aparece unida a su nomenclatura galénica (óxido rojo de plomo), observándose variaciones en la taxonomía dependiendo del año y la edición de la propia farmacopea⁽¹¹⁻²⁰⁾ (Tabla 1).

Denominación farmacológica	Farmacopea oficial española
De pulvere de Iohannis de Vigo. Pulvis Iohannis de Vigo	Officina medicamentorum. 1ª Ed., 1601 ⁽¹¹⁾
De pulvere de Ioannis de Vigo. Pulvis Ioannis de Vigo	Officina medicamentorum. 2ª Ed., 1698 ⁽¹²⁾
Emplastrum Regium (vulgo) de Minio	Pharmacopoeia Matritensis. 1ª Ed., 1739 ⁽¹³⁾
Emplastrum Regium, vulgo de Minio	Pharmacopoeia Matritensis. 2ª Ed., 1762 ⁽¹⁴⁾
Emplastrum Confortativum	Pharmacopoea Hispana. 1ª Ed., 1794 ⁽¹⁵⁾
Emplastrum Confortativum	Pharmacopoea Hispana. 2ª Ed., 1797 ⁽¹⁶⁾
Emplastrum oxidi plumbi rubrum Vigonis (Confortativum)	Pharmacopoea Hispana. 3ª Ed., 1803 ⁽¹⁷⁾
Emplastrum oxidi plumbi rubrum (Confortativum Vigonis)	Pharmacopoea Hispana. 4ª Ed., 1817 ⁽¹⁸⁾
Emplastro rojo de plomo (Emplastrum plumbi rubrum). Emplastrum confortativum ex Vigo.	Farmacopea Española 5ª edición; 1865 ⁽¹⁹⁾
Emplastro rojo de plomo (Emplastrum plumbi rubrum)	Farmacopea Española 6ª edición; 1884 ⁽²⁰⁾

Tabla 1. El emplastro de Vigo en las farmacopeas españolas del siglo XVII al XIX. (Fuente: elaboración propia).

El emplastro confortativo de Vigo se encuadra dentro de los denominados “emplastos de estearato de plomo”^(21,22), que son aquellos medicamentos que tienen la forma de cilindros pequeños (magdaleones), de consistencia de pasta firme muy coherente, que se ablanda fácilmente por el calor. Su excipiente es un oleato o estearato de plomo, en el que después de liquidado se puede

incorporar diversas sustancias medicinales. La composición galénica oficial del emplastro y su elaboración, ha ido variado ligeramente en las cantidades y medidas de una farmacopea a otra, siendo la última revisada sin cambios en 1865⁽¹⁹⁾ (imagen 2), hasta que se dejó de fabricar debido a la prohibición del uso de compuestos de plomo en los años 70 (enfermedad por saturnismo).

EMPLASTO ROJO DE PLOMO.	
<i>Emplastrum plumbi rubrum.</i>	
EMPLASTO CONFORTATIVO DE VIGO. — <i>Emplastrum confortativum ex Vigo.</i>	
Raíces y hojas de sinfito mayor...	De cada cosa cuatro onzas.. 415
Fruto de arrayan.....	
Rosas rubras.....	
Sumidades de hipericon.....	
Agua.....	Nueve libras..... 3105
Aceite de olivas.....	Cuatro libras..... 1380
Sebo de carnero.....	Una libra..... 345
Litargirio en polvo.....	Dos libras..... 690
Cera amarilla.....	Una libra..... 345
Trementina de pino.....	Tres onzas..... 86
Polvos de incienso.....	De cada cosa dos onzas..... 58
— de mirra.....	
— de almáciga.....	
— de sangre de Drago.....	
— bol arménico.....	Cuatro onzas..... 115
— de minio.....	Seis onzas..... 173

Hágase una decoccion con las cuatro primeras sustancias y el agua, y pásese el liquido por un lienzo : mézclase parte de este cocimiento con el aceite, el sebo y el litargirio, y hágase emplastro, por ebullicion de la mezcla, añadiendo á porciones el resto del cocimiento : evapórese la humedad ; agréguese la cera y la trementina ; y efectuada la mezcla, apártese del fuego. Cuando la masa esté medio fria, incorpórense los polvos, y redúzcase á magdaleones.

ACCION TERAPÉUTICA. — *Astringente y resolutive.*

Imagen 2. Composición y elaboración del emplastro confortativo de Vigo. (Fuente: Farmacopea Española, quinta edición).

El uso del Minio, tetraóxido de plomo (Pb3O4, ortoplumbato de plomo), también denominado “plomo rojo” o “azarcón” por su color rojo-anaranjado muy brillante emplastro de Vigo comparable al mercurio. Se daban dos tipos de fabricación del minio, la forma sintética o artificial consistente en un proceso de doble oxidación del plomo (calcinación del plomo blanco-amarillo a rojo) para obtener deutóxido de plomo o Minio⁽²³⁾; y la forma natural extrayéndolo de las minas de Cinabrio. Su nombre vulgar proviene del latín “minium” indicando que proviene del río Minium (río Miño en Galicia, noroeste de España), de donde fue extraído por primera vez. La utilización más común del Minio a lo largo de la historia de la humanidad fue como pigmento de tinta bermellón (conocido como pigmento rojo 105, rojo París o rojo Saturno) para dar más luminosidad e iluminación a los de códices medievales de ahí la deriva del término “miniatura”^(24,25).

Su utilización en medicina, vendrá determinada en forma de sales de plomo, con función de colorante o excipiente de ungüentos y emplastos.

Por otro parte, estaba la combinación del emplasto con Trementina, un producto oleoso-resinoso que fluye de diversos árboles de la familia de las coníferas como son el Terebinto y de diversos tipos de pinos y del abeto. Las más conocidas son: trementina común, de Chipre, del Canadá, de Burdeos, de Venecia y de Estrasburgo. La forma farmacéutica de la trementina es el de una resina clara, líquida, transparente (de tono verdoso o amarillento), oleosa, de sabor insípido y de olor fragante. La farmacopea española^(19,20) distingue entre la trementina de abeto (*terebinthina abietis*) exclusivamente para uso interno; y trementina común o de pino Nigra o Pinaster (*terebinthina communis, silvestri*) y la trementina veneciana de la especie pino Larice o Alerce (*terebinthina veneta*); para uso externo. El emplasto confortativo de Vigo contenía trementina de pino común purificada, aportando este tipo de emplasto a las heridas un efecto balsámico, antiséptico y antiinflamatorio.

Referente a su presentación y dispensación, el emplasto confortativo de Vigo, al igual que otros emplastos de su época, para evitar su deterioro y mejor conservación solían adoptar la forma de "magdaleón" o "rótula"; es decir, una especie de rollito cilíndrico largo y delgado que, envueltos cada uno por separado en papel blanco, se almacenaban en una caja metálica^(imagen 3). También se solía dispensar combinado en forma de esparadrapero confortativo de Vigo^(imagen 4).



Imagen 3. Magdaleón del emplasto confortativo de Vigo, 1827. (Fuente: Farmacia Museo Aramburu).



Imagen 4. Esparadrapero confortativo de Vigo. (Fuente: Pharmakoteka, Museu de la Farmàcia catalana).

El modo de empleo del emplasto confortativo de Vigo no difiere de la aplicación general de otros emplastos; su aplicación consiste en acomodarlo y adherirlo a la piel de la parte del cuerpo a tratar, por acción de la resina o la cera, tapándolo con gasa ("parche") o aplicarlo a modo de esparadrapero, renovando el tópico cada 6-8 días. Según el prestigioso Dr. M.P. Guersant de París⁽³⁾, el efecto del emplaste depende de las sustancias medicamentosas que lo componen; a modo general, el efecto impermeable al aire hace que el emplasto se oponga a la transpiración insensible de las partes sobre las que se aplica. El humor de la transpiración obra entonces con fuerza y se acumula en forma de gotitas (crea un ambiente húmedo) resultando de este primer efecto una especie de baño de vapor local, que abre solamente los poros cuando la piel está sana, o favorece las secreciones serosas o purulentas cuando las partes están primitivamente escoriadas o ulceradas. Independientemente, de estos efectos, el emplasto suscita calor, rubicundez y prurito; y en algunos casos, producen también efectos tóxicos generales a consecuencia de la absorción del plomo que contiene.

En cuanto a las propiedades y virtudes terapéuticas, la farmacopea oficial española⁽¹¹⁻²⁰⁾ y la no oficial^(21,22,27-29), reconocen que el emplasto confortativo de Vigo tenía una acción calefactora o rubefaciente, astringente, emoliente y resolutive. El cual es indicado para todo tipo de heridas traumáticas y fracturas por su efecto balsámico, para calmar el dolor en los lomos y en enfermedades reumáticas; también en úlceras atónicas para inducir su cicatrización, así como en heridas supurativas, úlceras indolentes y recalcitrantes (sífilis tuberculosa, papulosa, bulbosa y ulcerosa) en las que era necesario un efecto atemperante y desecante.

DISCUSIÓN:

A lo largo de esta revisión histórica con exposición narrativa sobre el Dr. de Vigo y su famoso emplasto confortativo, hemos podido observar como la combinación galénica del Minio (óxido rojo de plomo) con Trementina de pino (resina líquida) para formar un emplasto peculiar con propiedades confortativas, ha pasado a la historia como un producto farmacéutico indispensable en la farmacopea oficial española.

Juan de Vigo fue un médico muy admirado y criticado por sus colegas coetáneos, sobre todo médicos alemanes y franceses, que veían que los emplastes elaborados por Juan de Vigo, en referencia a los de rana y los de mercurio, una reinención actualizada de diferentes remedios de la medicina griega y árabe; así mismo, el emplaste confortativo creado por él, fue considerado una mejora de otros emplastes más simples, a base de trementina (como por ejemplo el emplaste de Juan de la Cruz), pero con efectos más extensibles a otros tipos de úlceras.

Por otro lado, es innegable que en la literatura médica española, europea^(3,30,31) e hispanoamericana de los siglos XVII al XIX^(32, 33), hay mucho publicado sobre las técnicas de elaboración y virtudes terapéuticas atribuidas a éste particular emplasto, recogida en diccionarios, compendios, tratados y manuales de medicina, de farmacología y, hasta libros de química; abarcando análisis experimentales, estudios de revisión y observacionales de ámbito nacional e internacional, describiendo diferentes subtipos de emplasto que se fueron creando y desarrollando a partir de la elaboración original del emplasto confortativo de Vigo. Algunos de los emplastos modificados o que incluyen la formulación del de Vigo, que han sido muy populares en la época fueron:; emplasto catagmático, emplasto de goma amoniaco; emplasto confortativo para los lomos; emplasto contra los dolores osteocopos de Ricord; emplasto fundente y sedante de Duptren; emplasto mercurial o emplasto de Vigo con mercurio; emplasto de quinina de Valsin; emplasto de Vigo con mercurio opiado; emplasto de ranas o de Vigo simple sin y con mercurio; emplasto de Vigo simple reformado con y sin mercurio; emplasto de algarrobas, emplasto imperial de algarrobas; y emplasto de cerusa quemado o negro de Vigos.

En conclusión, Juan de Vigo fue uno médico-cirujano de los más destacados del renacimiento italiano, con amplios conocimientos en botánica

y herbolarios. Su emplaste confortativo ha sido, durante casi tres siglos, el tratamiento de elección de la farmacopea oficial española, para aplicar en heridas traumáticas y reumáticas, dolores óseo-articulares, úlceras atónicas, purulentas y recalci-trantes; no sólo en humanos, sino también en veterinaria. El emplasto confortativo de Vigo se dejaría de elaborar definitivamente a mediados del siglo XX, tras la prohibición en España de productos farmacéuticos a base de plomo.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Álvarez Alcalá F. Formulario universal o guía práctica del médico, del cirujano y del farmacéutico. 2ª Ed., Tomo I. [monografía digitalizada]. Madrid: Editorial Librerías Don Ángel Calleja; 1850. [Acceso 12 de julio de 2017]. Disponible en: <http://bdh-rd.bne.es/viewer.vm?id=0000047799&page=1>
2. Nysten PH. Diccionario de medicina, cirugía, farmacia, medicina legal, física, química, botánica, mineralogía, zoología y veterinaria. Tomo I. 9ª Ed. [internet]. Barcelona: Imprenta J. Roger; 1848. p. 517. [Acceso 12 de julio de 2017]. Disponible en: https://books.google.nl/books?id=P9EGTkzvpFIC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0
3. Fabrè, Jiménez M [traductor]. Diccionario de los diccionarios de medicina publicados en Europa o Tratado completo de medicina y cirugía prácticas.Tomo III. [Monografía digitalizada]. Madrid: Imprenta médica; 1843. [Acceso 12 de julio de 2017]. Disponible en: https://books.google.nl/books?id=WfSZ1ebUCToC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0
4. Pérez García MS. Análisis histórico-bibliográfico de medicamentos de uso tópico. [Tesis Doctoral]. [online]. Granada: Facultad de Farmacia. Universidad de Granada; 2007. [Acceso 12 de julio de 2017]. Disponible en: <https://hera.ugr.es/tesisugr/1671295.x.pdf>
5. Muccillo M. Da VIGO, Giovanni. En: Dizionario Biografico degli Italiani. Vol. 33. [internet]. Roma: Istituto dell'Enciclopedia italiana; 1987. [Acceso 12 de julio de 2017]. Disponible en: http://www.treccani.it/enciclopedia/giovanni-da-vigo_%28Dizionario-Biografico%29/
6. De Jaime Lorén JM. Emplasto confortativo de Vigo, emplasto contra la tiña de Vigo, polvos solutivos de Vigo. En: Éponimos Científicos [Blog]. Valencia: Universidad CEU Cardenal Herrera; 2017 [Actualizado a 21 de octubre de 2011; acceso 12 de julio de 2017]. Disponible en: <https://blog.uchceu.es/eponimos-cientificos/emplasto-confortativo-emplasto-contra-la-tina-polvos-solutivos-de-vigo/>
7. Da Vigo, G. Practica in chirurgia: Practica in arte chirurgica. Rome: Impressum per Stephanú Guillineti et, Herculem Bononiensem; 1514.
8. Da Vigo, G. Practica in chirurgia: Practica in arte chirurgica copiosa Ioannis de Vigo. [Monografía digitalizada]. Lugduni: Vincent de Portonariis, editor; 1516. [Acceso 12 de julio de 2017]. Disponible en: <https://books.google.es/books?id=ICFgAAAACAAJ&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
9. De Vigo, J. Libro o Practica en Cirugia del muy famoso y experto Doctor Juan de Vigo, que fue cirujano del Santísimo Padre Julio II. Traducido de la lengua latina al castellano por el doctor Miguel Juan Pascual Valenciano. [monografía digitalizada]. Valencia: 1537. [Acceso 12 de julio de 2017]. Disponible en: https://books.google.es/books?id=_w8B-L_ARXIC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0
10. Rodríguez-Chamorro MA, García-Jiménez E, Rodríguez Chamorro A, Pérez Merino EM, Moreno López A. Las farmacopeas españolas publicadas en los últimos 500 años (siglos XVI-XXI). Farmacéuticos Comunitarios [Online]. 2012 [Acceso 12 de julio de 2017]; 4(4): 176-81. Disponible en: <http://www.farmaceticoscomunitarios.org/es/system/files/journals/546/articles/4-4-176-181.pdf>

11. Collegium Pharmacopolarum. Officina medicamentorum et methodus recte eaden componendi, cum variis scholiis, et aliis quam plurimis, ipsi operi necessariis; ex sententia Valentinorum pharmacopolarum. [Monografía digitalizada]. Valentiae: Apud Iohannem Chrysostomun Garriz; 1601. [Acceso 12 de julio de 2017]. p.155-7. Disponible en: https://books.google.com.ua/books?id=wBhe2dlnpt4C&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0
12. Collegium Pharmacopolarum. Officina medicamentorum et methodus recte eaden componendi, cum variis scholiis, et aliis quam plurimis, ipsi operi necessariis; ex sententia Valentinorum pharmacopolarum. [Monografía digitalizada]. Valentiae: Apud Vicente Cabrera; 1698. [Acceso 12 de julio de 2017]. p.176-9. Disponible en: https://books.google.com.ua/books?id=E7aFqL6HCVoC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0
13. Collegium pharmaceuticum matritense. Pharmacopoeia Matritensis Regii, ac Supremi Hispaniarum Protomedicatus auctoritate, jussu atque auspiciis nunc primùm elaborata. [Monografía digitalizada]. Matriti: Ethipographia Regia, Michaelis Rodríguez; 1739. p.304; 332. [Acceso 12 de julio de 2017]. Disponible: https://books.google.com.ua/books?id=8NFwJ_CBQOUC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
14. Collegium pharmaceuticum matritense. Pharmacopoeia Matritensis Regii, ac Supremi Hispaniarum Protomedicatus auctoritate, jussu atque auspiciis elaborata. Editio secunda locupleitor, et longe emendatior. [Monografía digitalizada]. Matriti: typis Antonii Pérez de Soto; 1762. p.351. [Acceso 12 de julio de 2017]. Disponible: en: https://books.google.com.ua/books?id=7S35DlaElsC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
15. Profarmaceuticato. Pharmacopoeia Hispana, regis Jussu et impensa. [Monografía digitalizada]. Martriti: Ex Typographia Ibarriana; 1794. [Acceso 12 de julio de 2017]. p.165-6. Disponible en: https://books.google.com.ua/books?id=nV4JQLWUUC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
16. Real Protomedicato. Pharmacopoeia Hispana, Editio Altera. Regis Jussu et impensa. [Monografía digitalizada]. Martriti: Ex Typographia Ibarriana; 1797. [Acceso 12 de julio de 2017]. p.165-6. Disponible en: https://books.google.com.ua/books?id=miA7SbQHm4C&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
17. Real Protomedicato. Pharmacopoeia Hispana. Editio tertia auctior. Regis Jussu et impensa. [Monografía digitalizada]. Martriti: Ex Typographia Ibarriana; 1803. p.274-5. [Acceso 12 de julio de 2017]. Disponible en: https://books.google.com.ua/books?id=QcVIm__bMBoC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0
18. Real Protomedicato. Pharmacopoeia Hispana. Editio quarta. Regis Jussu et impensa. [Monografía digitalizada]. Martriti: Apud M. Repullés; 1817. p.215-6. [Acceso 12 de julio de 2017]. Disponible en: https://books.google.com.ua/books?id=lm-pMXOmn1AC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
19. Real Academia de Medicina. Farmacopea Española. Quinta edición. [Monografía digitalizada]. Madrid: Imprenta Nacional; 1865. [Acceso 12 de julio de 2017]. p.244-5. Disponible en: https://books.google.nl/books?id=mbWXXRI079MC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0
20. Real Academia de Medicina. Farmacopea Española. Sexta edición. [Monografía digitalizada]. Madrid: Tipografía de Gregorio Estrada; 1884. [Acceso 12 de julio de 2017]. Disponible en: <http://helvia.uco.es/xmlui/bitstream/handle/10396/7283/materia.pdf?sequence=1>
21. Martínez C, editor. Farmacopea matritense en castellano. [Monografía digitalizada]. Madrid: Imprenta de D Cosme Martínez; 1813. p.63-4; 82-3. [Acceso 12 de julio de 2017]. Disponible en: https://books.google.nl/books?id=7uPwzjAFUEC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0
22. AB. Diccionario de medicina y cirugía o biblioteca manual médico-quirúrgica. Tomo tercero (D-E). [Monografía digitalizada]. Madrid: Imprenta de Repullés; 1817. [Acceso 12 de julio de 2017]. Disponible en: https://books.google.com.ua/books?id=2zd8Us_xilwC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0
23. Sánchez JM, Quiñones MD. Materiales pictóricos enviados a América en el siglo XVI. An Inst Investig Estét 2009; 31(95): 45-67. Doi:10.22201/iee.18703062e.2009.95.2293
24. Orfila MP. Elementos de química aplicada a la medicina, farmacia y artes. Tomo I. 2ª Ed. [Monografía digitalizada]. Madrid: Imprenta de D. Cosme Martínez; 1822. p.470-1. [Acceso 12 de julio de 2017]. Disponible en: <https://books.google.es/books?id=67YidkUKGTEC&printsec=frontcover&hl=es>
25. San Andrés M, Sancho N, de la Roja JM. Alquimia: Pigmentos y colorantes históricos. An Quím [Internet]. 2010 [Acceso 12 de julio de 2017]; 106(1): 58-65. Disponible en: <http://analesde-cp22.webjoomla.es/index.php/AnalesQuimica/article/viewFile/326/319>
26. Matteini M, Moles A. La química en la restauración. Los materiales del arte pictórico. 2ª Ed. Donostia-San Sebastián: Editorial Nerea SA; 2008. p. 76-77. ISBN: 978-84-89569-54-6.
27. Aguillón PL. Farmacopea española de la cuarta edición. Madrid: Imprenta de Don Miguel de Burgos; 1844. p.134. [Acceso 12 de julio de 2017]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/2027/ucm.5323269367>
28. Martínez C, editor. Farmacopea en castellano, o colección de las fórmulas más usuales y acreditadas de la matritense y española. [Monografía digitalizada]. Madrid: Imprenta D. Cosme Martínez; 1823. [Acceso 12 de julio de 2017]. Disponible en: https://books.google.com.ua/books?id=cnGt4vSWMbgC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0
29. Baúme AM, García Fernández D [traductor]. Elementos de farmacia teórica y práctica. Tomo tercero. [Monografía digitalizada]. Madrid: Imprenta Real; 1793 https://books.google.com.ua/books?id=XBS1S0Vv4NEC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0 https://books.google.com.ua/books?id=XBS1S0Vv4NEC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0
30. Jiménez M, traductor. Codex o farmacopea francesa. 2ª Ed. [Monografía digitalizada]. Madrid: Imprenta de D. N. Sánchez; 1847. [Acceso 12 de julio de 2017]. Disponible en: https://books.google.nl/books?id=ybYHfMa6C0kC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
31. Bouret R, editor. Diccionario de medicina, cirugía, farmacia, ciencias accesorias y del arte de veterinaria. Tomo I. [Internet]. Paris: Librería de Rosa y Bouret; 1854. [Acceso 12 de julio de 2017]. Disponible en: https://books.google.nl/books?id=pNstVGfqp0wC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0
32. Laval E. Botica de los Jesuitas de Santiago. Tomo II, Biblioteca de historia de la medicina de Chile. [Internet]. Santiago de Chile: Asociación Chilena de Asistencia Social de Santiago; 1953. [Acceso 12 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.memoriachilena.cl/archivos2/pdfs/MC0059660.pdf>
33. Academia Farmacéutica de México. Farmacopea Mexicana. 1ª Ed. [Internet] México: Imprenta Manuel N. De La Vega; 1846. [Acceso 12 de julio de 2017]. Disponible en: <https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=mdp.39015064437760;view=1up;seq=10>

PACIENTE PORTADORA DE FÍSTULA ENTEROCUTÁNEA CRÓNICA A MODO DE ILEOSTOMÍA, QUE PRESENTA BAJA AUTOESTIMA Y DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA.

PATIENT WITH CHRONIC ENTEROCUTANEOUS FISTULA AS AN ILEOSTOMY, WHICH PRESENTS LOW SELF-ESTEEM AND IMPAIRED SKIN INTEGRITY.

Autora: Rosa María García Sánchez.

Enfermera de consulta de ostomías y estomaterapia. Centro de Especialidades del Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Servizo Galego de Saúde (Sergas).

Contacto: rosamariagarcia275@gmail.com

Fecha de recepción: 04/07/2017
Fecha de aceptación: 29/08/2017

RESUMEN:

El propósito de este trabajo fue describir un caso clínico de fístula enterocutánea compleja con exposición de plan de cuidados, utilizando el lenguaje estandarizado NANDA-NOC-NIC (NNN), para identificar los problemas y mejorar la calidad de vida, los autocuidados y la autoestima de una mujer de 72 años, diagnosticada de neoplasia de sigma abscesificada; la cual tras un periodo de dos años, es reintervenida en varias ocasiones para mejorar su patología, y que presentaba en el momento del estudio una mala evolución de su estoma, con recurrentes dermatitis por fugas de fluido, una mala gestión de su régimen terapéutico y una alteración severa de su imagen corporal. El control y evolución del caso clínico se llevó a cabo desde la consulta de estomaterapia, se realizó una valoración de las necesidades no cubiertas mediante los patrones de Marjory Gordon, se detectó alteración en 7 de los 11 patrones funcionales; los cuales tras aplicar el plan de cuidados individualizado se ha logrado mejorar la situación biopsicosocial de la paciente.

Palabras clave: ileostomía, fístula entero-cutánea, deterioro integridad cutánea, dermatitis, autoestima, patrones funcionales, estomaterapia.

ABSTRACT:

The purpose of this paper was to describe a clinical case of complex enterocutaneous fistula with exposure of care plan using the standardized NANDA-NOC-NIC (NNN), language to identify pro-

blems and improve quality of life, self-care and self-esteem of a 72-year-old woman diagnosed with abscessed sigma neoplasia; which after a period of two years has been reinterpreted several times to improve its pathology, and at the time of the study showed a poor evolution of its stoma, with recurrent dermatitis due to fluid leakage, poor management of its therapeutic regimen and a severe alteration of their body image. The control and evolution of the clinical case was carried out from the consultation of stoma-therapy an evaluation of the needs not covered by the patterns of Gordon was detected, and alteration was detected in seven of the 11 functional patterns; which after applying the individualized plan of care has been achieved to improve the biopsychosocial situation of the patient.

Key words: ileostomy, enterocutaneous fistula, impaired skin integrity, dermatitis, self-esteem, functional patterns, stoma-therapy.

INTRODUCCIÓN:

La realización de una ileostomía conlleva un gran impacto en el modo y calidad de vida en los pacientes afectados, en relación a su imagen corporal y socialización^(1,2). Por otro lado, la constante emisión de heces y flujo irritante dificultan la correcta adaptación del dispositivo lo que conduce en ocasiones a continuas fugas y complicaciones añadidas como pueden ser las lesiones cutáneas asociadas a humedad por dermatitis de contacto⁽³⁾, lo que complica más si cabe, el correcto manejo de la situación.

En la literatura sobre éste tema, es ampliamente conocida la repercusión que el estoma tiene sobre la vida de estas personas⁽¹⁻⁹⁾: se afecta la forma de vestir, la alimentación, el ocio, el trabajo, la vida social o la sexualidad. A nivel emocional: la autoestima, la seguridad y el autoconcepto se ven también muy mermados. Es durante el postoperatorio mediato, el momento cuando la persona toma conciencia de su nueva realidad física y comienza el proceso de afrontamiento dirigido al problema y a sus emociones.

Mediante el cuidado enfermero podemos identificar situaciones en las que los pacientes se encuentran con dificultades para adaptarse a su nueva situación de salud y su autoconcepto. La valoración del paciente mediante un modelo de patrones funcionales y elaboración de un plan individualizado, aplicando la taxonomía enfermera, será la pieza clave que nos asegure la evolución de los cuidados y promueva una mejor calidad de vida y seguridad a estos pacientes(7-9). Para ello, es muy importante que, tras el alta hospitalaria, el cual nos proporcione la base para valorar el autocuidado; conocer que necesidades no cubiertas y cuidados especializados deberían continuarse por medio de la enfermera de enlace de atención primaria o, en las consultas de estomaterapia.

El objetivo de este caso clínico es ilustrar el proceso de una paciente operada de urgencia por neo de Sigma con resultado quirúrgico de portadora de fístula enterocutánea que funciona como ileostomía. Esta persona sufre sendos ingresos hospitalarios para drenaje de absceso de pared abdominal en región suprapúbica, pasando luego a seguimiento por la enfermera de la consulta de estomaterapia. La valoración inicial de enfermería derivó en el diagnóstico de deterioro de la integridad cutánea, alteración del autoconcepto y baja interacción social, que afectaba seriamente a su capacidad de respuesta para gestionar su problema (ileostomía), precisando ayuda para afrontar su situación.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO:

Antecedentes:

M^a Ángeles es una mujer de 72 años, separada por malos tratos y actualmente viuda. Su situación económica es dificultosa porque tiene que compartir su pensión con la otra pareja sentimental de su ex marido. Vive sola, no tiene hijos

y su familia muestra muy poco interés por este proceso, lo cual la entristece porque dice que “cuidó a sus sobrinos como si fueran hijos y ahora la tienen abandonada”. Tuvo otra pareja durante unos años, pero también falleció a causa de un cáncer. Tras su operación de neo de sigma, pasó un tiempo sin salir de casa, pero decide reanudar su vida social, aunque le es complicado porque su ileostomía le limita.

Fue operada de histerectomía y doble anexectomía a los 26 años, por patología benigna. También fue intervenida de una hernia de Hiato. No tiene alergias medicamentosas conocidas. Actualmente está diagnosticada de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, colelitiasis y obesidad (estatura 149 cm, peso 70 Kg).

En enero 2015, acude a urgencias por dolor abdominal en fosa ilíaca izquierda. Refiere en los 15 días previos al ingreso una tumoración a ese nivel. Tras exploración y exámenes complementarios, le diagnostican Neoplasia de Sigma abscesificada y es operada de urgencia; realizan un Hartmann y colostomía terminal. La evolución en el postoperatorio fue favorable y es dada de alta.

Desarrollo del caso clínico:

En **febrero 2015**, acude para control y evolución a la consulta de oncología y se le pauta tratamiento quimioterápico adyuvante para tratar la recidiva de su neoplasia de sigma.

El **3 de noviembre 2015**, es ingresada de forma programada para realizar cirugía de hemicolectomía derecha. La cirugía resultó complicada y muy laboriosa. El 6 de noviembre, reingresa para intervención urgente por sangrado abdominal (hemoperitoneo).

El día **16 de noviembre**, nueva intervención urgente por aumento del débito de contenido fecaloideo por el drenaje. La cirugía resultó también muy difícil. Por accidente, se realiza apertura de dos asas de delgado. Ante la imposibilidad de realizar cirugía de la fuga anastomótica, se deja laparotomía y drenajes; se le aplica cura con terapia de presión negativa (TPN). En el postoperatorio, una de las asas de delgado abiertas sufre una dehiscencia de la sutura de cierre de la misma y finalmente queda como fístula entero-atmosférica.

Del **17 al 25 noviembre**, permanece ingresada en la unidad de reanimación (con ventilación mecánica) por sepsis de origen abdominal, insuficiencia respiratoria e insuficiencia renal agudizada. Tras ser ex intubada, se pide interconsulta al servicio de rehabilitación por su insuficiencia respiratoria, dificultad para drenaje de secreciones, encamamiento prolongado y ventilación mecánica. Se programa fisioterapia respiratoria.

El día **4 de diciembre**, se hace interconsulta al servicio de endocrinología. Primero para valorar cambio de vía de alimentación, de parenteral a enteral y más tarde por presentar un cuadro de vómitos e intolerancia tras ajuste de dieta y tratamiento con Fortasec®. A la paciente no le gusta la dieta astringente, no tiene apetito y se niega a tomar suplementos. Es diagnosticada de desnutrición mixta de predominio calórico grave (estatura: 149 cm y peso habitual 77 Kg; actualmente, 55 Kg). Se le cambia la dieta a opcional, según consistencia de las heces y sin lácteos.

El **25 febrero de 2016**; se realiza interconsulta a la trabajadora social para valorar la posibilidad de alta a su domicilio. La paciente manifiesta que no tiene nadie quien la cuide, pero podría ir a una residencia geriátrica y su pensión no le permite pagar a una persona que le asista. Dice que va a solicitar ayuda social y mientras no se la conceden tendrá a una persona contratada 3 horas a la semana.

El **16 de septiembre de 2016** y el **18 de julio de 2017**, sufre sendos ingresos hospitalarios para drenaje de absceso de pared abdominal en región suprapúbica. Desde la fecha de su última alta hospitalaria, recibe apoyo y seguimiento en la consulta de estomaterapia.

Plan de cuidados:

En la actualidad, las asas intestinales, en herida quirúrgica, funcionan como una ileostomía (imagen 1) y el Hartman (colón terminal) como fistula no funcionante. Debido a fugas constantes (dermatitis por reflujo), mala higiene en estoma y zona periestomal (por múltiples pliegues en el abdomen ocasionados por la pérdida de peso), estoma mal medido, dispositivo inadecuado (úlceras por presión en zona superior) y mal colocado, lesión cutánea dolorosa en la parte superior del estoma (que incluye en la medida del estoma) (imagen 1), dificultad para vaciar la bolsa y malos olores, se ve obligada a usar pañal y toallas para evitar que el efluente le manche la ropa. Todo esto hace que apenas salga de casa y renuncie a su vida social. Come muy poco porque tras la ingesta aumenta la cantidad de efluente.

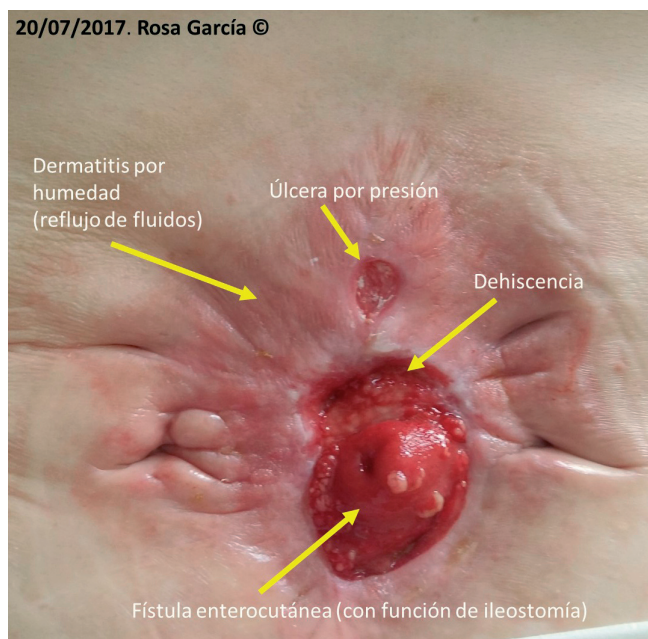


Imagen 1. Características de la fistula enterocutánea.

Para tratar de solucionar o minimizar estos problemas, se procedió a realizar una valoración de sus necesidades (Tabla 1) basándonos en los Patrones de Marjory Gordon y a realizar y/o ejecutar el consecuente plan de cuidados individualizado, a fin de mejorar la calidad de vida de la paciente.

- **PATRÓN 1: PERCEPCIÓN- MANEJO DE LA SALUD.** Después del alta la paciente todavía desconoce su proceso y el alcance de las intervenciones realizadas y tiene dificultad para el manejo de la íleostomía.
- **PATRÓN 2: NUTRICIONAL-METABÓLICO.** En los últimos años pérdida de unos 15 kg. Come muy poco para evitar el aumento de emisión de heces, lo que ocurre tras las ingestas ingesta. Piel hidratada y bien cuidada, salvo en la zona periestomal. Tiene muchas dudas sobre la dieta; constantemente pregunta lo que puede comer.
- **PATRÓN 3: ELIMINACIÓN.** Referente a la orina no tiene ningún problema. Íleostomía con heces líquidas y abundantes.
- **PATRÓN 4: ACTIVIDAD-EJERCICIO.** Realiza todas las AVD. Va a la compra, cocina, hace la colada, cuida su casa y manifiesta que no se cansa, sino que todo esto la distrae. No se atreve a viajar sola ni acompañada.
- **PATRÓN 5: DESCANSO –SUEÑO.** Aunque despierta muchas veces en la noche por miedo a que se despegue la bolsa, dice que duerme muy bien. Se despierta temprano y ya se levanta.

- **PATRÓN 6: COGNITIVO-CONCEPTUAL.** Consciente y orientada, con muy buena memoria, no hipoacusia ni problemas visuales. Presta atención a las indicaciones, pero cuando nota una leve mejoría volvemos al principio e incluso deja de acudir a las citas.
- **PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN - AUTOCONCEPTO.** Constantemente está recordando la guapísima que era antes y lo arrugada que se ve ahora, aparte de no poder vestirse como a ella le gusta. Lloro en casi todas las visitas a la consulta. Dice que ella no se merecía esto, después de lo mal que la trató la vida y lo mucho que se dedicó a los demás.
- **PATRÓN 8: ROL-RELACIONES** Desde que es portadora de la ileostomía su vida social ha cesado. No sale de casa más de una hora, tiempo que ella calcula que puede estar limpia. Sus amigas comentan sus idas y venidas al baño lo que la hace sentir mal. Muchas de ellas no conocen los motivos y quienes lo conocen no le brindan mucho apoyo.
- **PATRÓN 9: SEXUALIDAD – REPRODUCCIÓN.** Con 73 años, histerectomía y doble anexectomía a los 26 años, viuda y sin pareja, este apartado lo tiene totalmente asumido.

- **PATRÓN 10: ADAPTACIÓN AL ÉSTRES.** Se ha adaptado muy a solucionar sus problemas porque no tiene a quién recurrir, y se defiende muy bien. Cuando está en casa se siente segura; la estresan las continuas fugas y no sentirse limpia por eso se refuerza con toallas y pañales, lo que ella llama “mis trampas”.
- **PATRÓN 11: CREENCIAS.** Católica, practicante y muy creyente, piensa que Dios le ayudará.

Tras la valoración de enfermería realizada, a través de la entrevista con la paciente en la consulta de curas-cirugía, se han podido observar varios patrones funcionales alterados o con riesgo de alteración. Identificados los problemas y factores relacionados pudimos establecer los siguientes diagnósticos NANDA-I⁽¹⁰⁾ y describir cuales son los resultados NOC⁽¹¹⁾ que esperamos conseguir con dicha paciente; así como, las intervenciones NIC⁽¹²⁾ que habría que realizar para alcanzar los objetivos propuestos.

Por cuestiones de espacio y a criterio editorial, sólo se exponen los diagnósticos principales relacionado con la terapia, el deterioro de la integridad cutánea y la autoestima ^(Tablas 1, 2 y 3).

Diagnóstico NANDA-I: 00078. Gestión ineficaz de la salud. FR: Dificultad con el régimen terapéutico prescrito. CD: Régimen terapéutico complejo. Conocimiento insuficiente del régimen terapéutico.		
Resultado NOC: 1813 Conocimiento: régimen terapéutico		
Indicadores: 181302 Responsabilidades de autocuidado para el tratamiento en curso 181304 Efectos esperados del tratamiento 181309 Procedimientos prescritos 181316 Beneficios del control de la enfermedad	Evaluación inicial: 1. Ningún Conocimiento 2. Conocimiento escaso 3. Conocimiento moderado 4. Conocimiento sustancial 5. Conocimiento extenso	Evaluación Actual: 1. Ningún Conocimiento 2. Conocimiento escaso 3. Conocimiento moderado 4. Conocimiento sustancial 5. Conocimiento extenso
Intervención NIC: 5618 Enseñanza: procedimiento/tratamiento		
Actividades: 561801 Informar al paciente acerca de cuándo y dónde tendrá lugar el procedimiento/tratamiento, según corresponda. 561805 Determinar las experiencias anteriores del paciente y el nivel de conocimientos relacionados con el procedimiento/tratamiento. 561806 Explicar el propósito del procedimiento/tratamiento. 561807 Describir las actividades previas al procedimiento/tratamiento. 561810 Enseñar al paciente cómo cooperar/participar durante el procedimiento/tratamiento, según corresponda. 561816 Informar acerca de lo que se oirá, olerá, verá, saboreará o sentirá durante el procedimiento/tratamiento. 561820 Dar tiempo al paciente para que practique y se prepare para los acontecimientos que sucederán. 561821 Enseñar al paciente a utilizar técnicas de afrontamiento dirigidas a controlar aspectos específicos de la experiencia (relajación e imágenes guiadas), según corresponda. 561824 Determinar las expectativas del procedimiento/tratamiento por parte del paciente. 561827 Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y exponga sus inquietudes.		

Tabla 1. Plan de cuidados para mejorar los conocimientos de salud.

Diagnóstico NANDA-I: 00046 Deterioro de la integridad cutánea. FR: Humedad. CD: alteración de la integridad de la piel		
Resultado NOC: 1615 Autocuidado de la ostomía		
Indicadores: 161511 Sigue un programa para cambiar la bolsa de la ostomía. 161520 Mantiene el cuidado de la piel alrededor de la ostomía. [161521] Utiliza una técnica de irrigación correcta.	Evaluación inicial: 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado	Evaluación Actual: 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado
Intervención NIC: 0480 Cuidados de la ostomía		
Actividades: 048001 Instruir al paciente/allegados en la utilización del equipo/cuidados de la ostomía. 048004 Aplicar un dispositivo de ostomía que se adapte adecuadamente, si es necesario. 048007 Vigilar la curación del estoma/tejido circundante y la adaptación al equipo de ostomía. 048010 Ayudar al paciente a practicar los autocuidados. 048012 Evaluar los cuidados de la ostomía por parte del paciente. 048020 Proporcionar apoyo y ayuda mientras el paciente desarrolla la técnica para el cuidado del estoma/tejido circundante.		

Tabla 2. Plan de cuidados para mejorar la zona perilesional.

Diagnóstico NANDA-I: 00118 Trastorno de la imagen corporal. FR: Alteración de la visión del propio cuerpo CD: Centra la atención en la apariencia anterior. Cambio en la implicación social.		
Resultado NOC: 1200 Imagen corporal		
Indicadores: 120002 Congruencia entre realidad corporal, ideal corporal e imagen corporal 120005 Satisfacción con el aspecto corporal 120014 Adaptación a cambios corporales por cirugía 120017 Actitud hacia la utilización de estrategias para mejorar el aspecto	Evaluación inicial: 1. Nunca positivo 2. Raramente positivo 3. A veces positivo 4. Frecuentemente positivo 5. Siempre positivo	Evaluación Actual: 1. Nunca positivo 2. Raramente positivo 3. A veces positivo 4. Frecuentemente positivo 5. Siempre positivo
Intervención NIC: 5220 Mejora de la imagen corporal		
Actividades: 522001 Determinar las expectativas corporales del paciente, en función del estadio de desarrollo. 522007 Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal, según corresponda. 522013 Ayudar al paciente a comentar los factores estresantes que afectan a la imagen corporal debidos a estados congénitos, lesiones, enfermedades o cirugía. 522027 Identificar los medios de disminución del impacto causado por cualquier desfiguración mediante ropa, pelucas o cosméticos, según corresponda. 522028 Ayudar al paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto 522030 Facilitar el contacto con personas que hayan sufrido cambios de imagen corporal similares. 522031 Identificar grupos de apoyo disponibles para el paciente.		

Tabla 3. Plan de cuidados para mejorar el autoconcepto de imagen corporal.

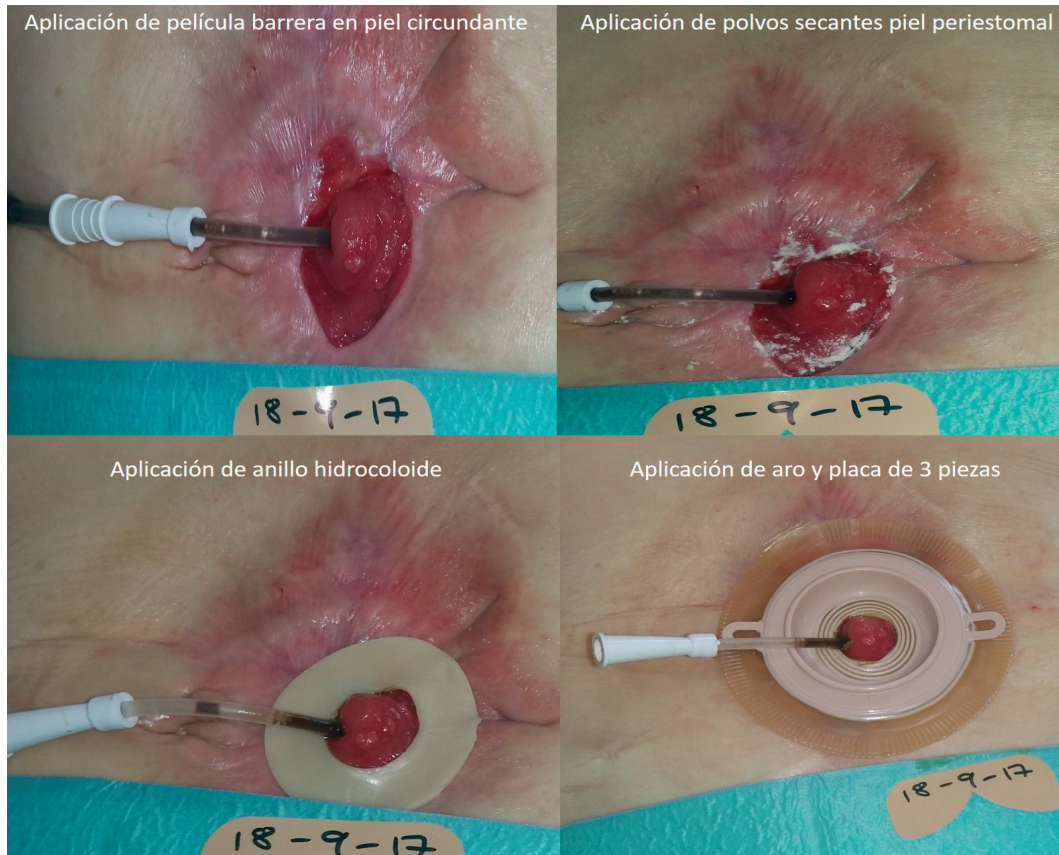


Imagen 2. Cuidados de la fístula con productos de estomaterapia y de cura húmeda.

Evolución del caso clínico:

Con todos los cambios en el estilo de vida que conlleva ser portador de una ileostomía, debemos de pensar que, cuando la paciente es una mujer de muy avanzada edad, intervenida de neoplasia y que vive sola; surge la necesidad de aplicar un mayor esfuerzo psicoterapéutico para enfocar el concepto de salud y de cuidados de lo que supone ser portador de una ostomía; teniendo en cuenta no sólo la interacción de la persona con su nueva imagen corporal, sino también con su propia identidad personal y su entorno familiar y social.

En la consulta de estomaterapia, el objetivo de enfermería consistió en elevar el nivel de salud de la persona ostomizada a través de información, formación, curación (curas seriadas), motivación, apoyo y ayuda. Sin duda, el correcto adiestramiento y seguimiento los factores estresantes y negativos que estaban afectando a la persona de nuestro caso, pudieron corregirse en mayor medida y cambiar de manera importante la calidad de vida y la evolución hacia la salud.

Desde el **23 de junio**, se vinieron realizando curas cada 72 h. de la piel perilesional mediante combinación de productos para ostomía y de cura en habiente húmeda. El procedimiento fue el siguiente: lavado del estoma y piel circundante con agua y jabón (en estadios iniciales se utilizó también solución de Prontosan®); secado cuidadoso del estoma y piel perilesional; protección

de la piel con una película barrera; utilización de polvos secantes en la mucosa del estoma; colocación de un anillo moldeable de hidrocoloide como protección alrededor del estoma; uso de dispositivo de bolsa convexa de 3 piezas (placa, bolsa abierta y clic de fijación); protección piel circundante con hidrocoloide extrafino (imagen 2).

A fecha **18 de septiembre** de 2017; el deterioro de la integridad cutánea se ha resuelto, no hay signos de dermatitis por humedad, la ulcera por presión a epitelizado, la dehiscencia del estoma se ha reducido (imagen 3). Las curas se realizan cada 6-7 días y consisten en lavado de la zona de ostomía con agua y jabón, aplicación de película barrera, aro moldeable de hidrocoloide y bolsa convexa de 3 piezas (imágenes 2 y 4).



Imagen 3. Resolución de la dermatitis y epitelización de la úlcera.



Imagen 4. Aspecto de la fístula con la bolsa convexa de 3 piezas.

RESULTADOS:

Tras 4 meses, la paciente, M^a Ángeles es una persona acostumbrada a vivir sola y a solucionar sus problemas. Llevaba 16 meses sin acudir a la consulta de estomaterapia, con lo cual la valoración en la consulta fue difícil. Había adquirido unos hábitos que fueron muy difíciles de modificar. La valoración no se pudo hacer con una entrevista porque la paciente no mostraba confianza. Se empieza a citar en la consulta (siempre a última hora para poder dedicarle más tiempo) y se alarga el tiempo que se dedica a los cuidados de la estoma. A los pocos días comenzó a expresar dudas, problemas, sentimientos... En la valoración por patrones, encontramos que 6 de ellos estaban alterados; se eligieron 7 diagnósticos NANDA (en este trabajo se exponen 3 de ellos), se establecen unos objetivos básicos (resultados NOC), para que se pudieran conseguir y que ello le animase, para más tarde poder pautar otros más ambiciosos. Su problema principal eran “las continuas fugas y tener que llevar pañal”.

Con un asa intestinal en línea media del abdomen (zona herida quirúrgica) que funciona como ileostomía, una dermatitis en borde superior del estoma (+/- 1/3), un abdomen con múltiples pliegues debido a su pérdida de peso, dispositivos inadecuados y una formación en cuidados del estoma muy escasa, no cabría esperar otro resultado.

Después de muchos intentos, consigue mantenerse “limpia y seca 2 días”, sin necesidad de compresas ni pañales y es en este punto, cuándo los demás patrones alterados comienzan casi a solucionarse por sí solos. Más adelante se mostrará un esquema del progreso de los cuidados de la estoma

Los resultados conseguidos, ateniéndonos a los patrones funcionales de M. Gordon y plan de cuidados que hemos descrito, son actualmente:

- Percepción de la salud-manejo de la salud (desconocimiento y dificultad para el manejo del dispositivo de ileostomía). La auto-gestión de los cuidados de su ileostomía fue “frecuentemente demostrado” en cada una de las visitas de la paciente a la consulta de estomaterapia. Además, la paciente adquirió un conocimiento sustancial de su régimen terapéutico (cuidados del estoma y colocación de la bolsa).

- Nutricional-Metabólico (dermatitis de contacto por reflujo y fuga de fluidos procedentes de la fistula). Los sucesivos cuidados aplicados, una adecuada combinación de productos estoma-terapéuticos y de cura en ambiente húmeda; así como un mayor conocimiento del régimen terapéutico por parte de la paciente, han sido los factores determinantes que han favorecido la resolución satisfactoria del problema: menos fugas de fluidos, mayor protección de la piel perilesional y menor irritación cutánea.
- Autopercepción-autoconcepto (falta de autoestima y de autoconcepto, sensaciones de culpabilidad). La congruencia entre realidad corporal y la satisfacción con el aspecto corporal, están todavía por debajo de niveles deseables, ya que alcanza una puntuación máxima de “a veces positivo”.

El componente psicológico es bastante variable a lo largo del tiempo condicionado por la alternancia de sus actitudes positivas y negativas, hacia la utilización de estrategias para mejorar el aspecto y sentirse confortable y a gusto consigo misma en público.

CONCLUSIONES:

Los pacientes ileostomizados, generalmente, pueden sufrir a lo largo de su vida diversas complicaciones clínicas, dermatológicas y alteraciones en su patrón funcional que afectan en mayor o menor medida, según su nivel de adaptación al proceso de enfermedad, a su esfera biopsicosocial. Es por eso que, recibir una correcta información sobre todos los aspectos y problemas que conlleva ser portador de una ileostomía, los cuidados, convivir con ella y adaptarse a nuevas situaciones sociales, suele ser un aspecto fundamental para poder tener una mejor calidad de vida y seguridad.

Desde el enfoque holístico del proceso de cuidados de enfermería, la atención individualizada de este tipo de pacientes suele ser llevada a través de las consultas especializadas en estomaterapia y, de forma colaborativa, por asociaciones de pacientes ostomizados.

En este tipo de consultas, tal y como se ha querido plasmar en el plan de cuidados, el abordaje biopsicosocial está dirigido a proporcionar información sobre los aspectos que le preocupan, aumentar la autoestima de aquellos con alteraciones de la imagen corporal, mejorar fomentando el apoyo social y disminuir la ansiedad. Por consiguiente, la figura de la enfermera de estomatología resulta clave para poder reajustar la vida personal, familiar, social y laboral del portador de una colostomía. Surgirán dudas y problemas continuamente en los cuales la enfermera será la persona indicada para informar, ayudar y educar. Por otro lado, la utilización de planes de cuidados estandarizados facilita el trabajo enfermero, ya que permiten servir de guía a otros profesionales sobre las necesidades y posibles problemas que se pueden presentar en este tipo de pacientes. Cabe destacar que cada plan de cuidados debe ser adaptado a las características particulares de cada caso.

En este plan, se ha procurado valorar las necesidades específicas del caso clínico presentado, y se han desarrollado aquellos diagnósticos NANDA-I, resultados NOC e intervenciones NIC más relevantes y más adecuados, según la evidencia más actual. En la actualidad, se han resuelto favorablemente casi todos los diagnósticos de enfermería descritos en el caso clínico y algunos están en proceso adecuado de resolución o minimización del riesgo. Sin embargo, se precisa seguir reforzando el aspecto psicológico ya que, con los periodos de mejoría, la paciente se suele saltar alguna de las citas programadas y, consecuentemente, la autoestima de la paciente se resiente.

BIBLIOGRAFÍA:

1. De Frutos Muñoz R, Solís Muñoz M, Hernando López A, Béjar Martínez P, Navarro Antón C, Mayo Serrano N, et al. Calidad de vida de los pacientes con colostomía e ileostomía a corto y medio plazo. *Metas Enferm.* 2011; 14(2): 24-31.
2. Díaz Sotero V, Díaz Sotero S. Cambios en el estilo de vida de un paciente con ileostomía, necesidad de abordaje integral en el tratamiento. En: Vázquez Linares JJ, coord. *Acercamiento multidisciplinar a la salud.* Almería: ASUNIVEP; 2016. p. 121-6.
3. Cañada Fabregat. Atención integral del paciente ileostomizado con dermatitis irritativa. *Rev ROL.* 2017; 40(2): 44-6.
4. Martín Muñoz B. El asesoramiento procedente de otros pacientes como intervención terapéutica en el afrontamiento inefectivo. *Evidentia.* 2012; 9 (37):0-0.
5. Bonill de las Nieves C. Las dos caras de la enfermedad. Experiencia de una persona ostomizada. *Index Enferm.* 2008; 17(1):58-62.
6. Gómez N. Los cuidados de enfermería en el impacto psicológico del paciente ostomizado. *ENE.* 2012; 7(3):0-0.
7. Moro Rojas MB. Atención integral a la persona ostomizada mediante un caso clínico. [Trabajo fin de grado]. Valladolid: Facultad de Enfermería. Universidad de Valladolid; 2016.
8. Olavarría E, Santamaría G, Gómez I. Plan de Cuidados de un paciente ostomizado. *Rev Nuberos Científica.* 2011; 2(1): 36-41.
9. Alonso Basagueren V. Cuidados enfermeros a pacientes portadores de colostomía. [Trabajo fin de grado]. Logroño. Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de La Rioja; 2016.
10. Herdman TH, Kamitsuru S, editores. *NANDA International Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2015-2017.* Oxford: Wiley-Blackwell; 2015.
11. Moorhead S, Johnson M, Swanson E, editores. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud.* 5ª Ed. Barcelona: Elsevier España; 2013.
12. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CH, editores. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).* 6ª Ed. Barcelona: Elsevier España; 2013.

PRESCRIBIR APPS DERMATOLÓGICAS PARA PACIENTES Y PROFESIONALES.

Autor: Luis Arantón Areosa.

PhD, MSN, RN. Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol. Servizo Galego de Saúde (Sergas).
Cátedra Hartmann de Integridad y Cuidados de la Piel. Universidad Católica de Valencia.

Contacto: luaranton@gmail.com

En esta sección, hemos comentado en varias ocasiones, la importancia de “saber guiar” al paciente en la búsqueda de información adecuada y relevante, dirigida a una correcta educación para la salud, o incluso para el manejo de determinados procesos clínicos, prescribiendo links con información Web contrastada o prescribiendo Apps de salud⁽¹⁻³⁾.

Los pacientes, como parte activa e imprescindible del proceso clínico, tratan con cierta frecuencia frecuencia, de tomar parte en la toma de decisiones, de una manera activa. Los profesionales sanitarios, tenemos la obligación de guiarlos, para que dispongan de una información adecuada y fiable, recomendando links web o aplicaciones móviles, o sea, prescribiendo links y Apps^(4,5), pero para ello, tenemos que profundizar en el entorno 2.0, de forma responsable y profesional.

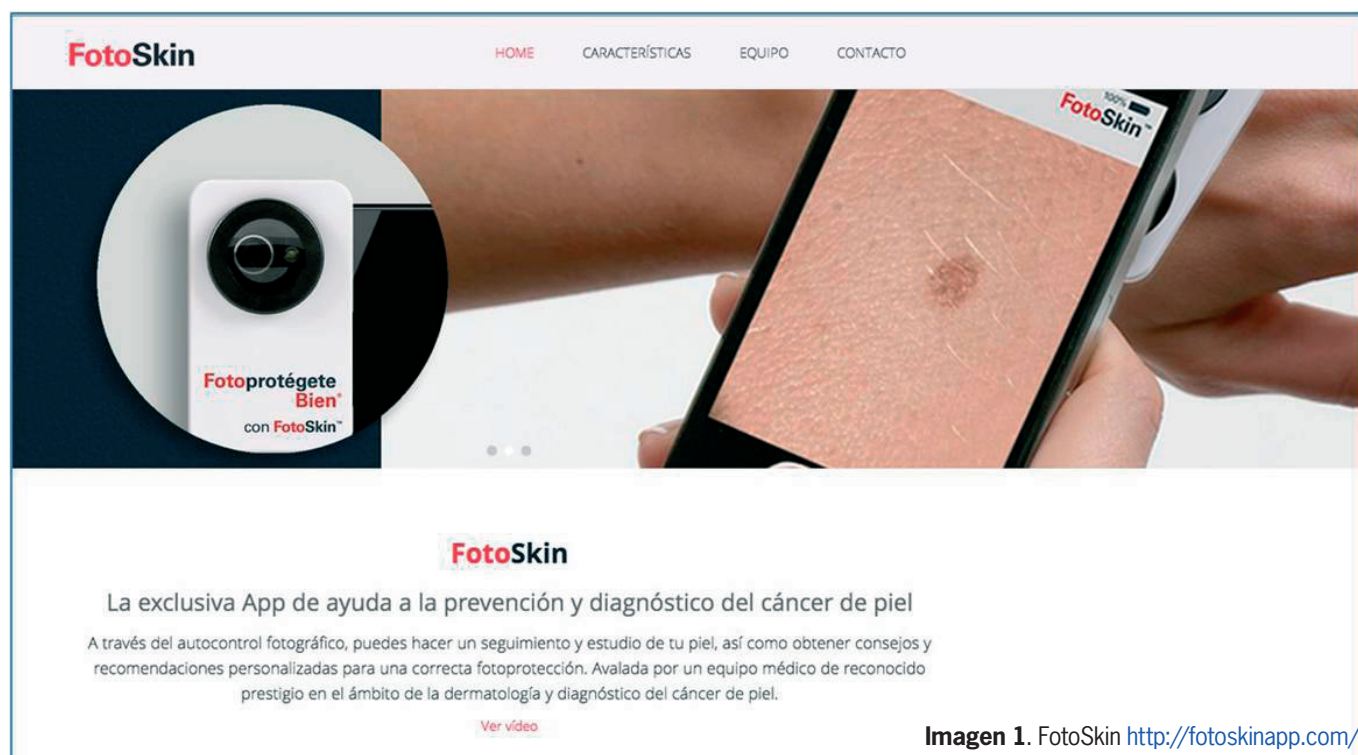
En este número abordamos y recomendamos la utilización de tres Apps dirigidas a procesos dermatológicos, que están orientadas para al uso de pacientes y de profesionales, así como para interactuar entre ambos:

1. “FotoSkin” (imagen 1),

Es una App orientada a la prevención y tratamiento del cáncer de piel, que a través de una foto hecha con el smatphone, permite realizar diferentes tests y determinar el estado de la piel. Esta aplicación está indicada para autocontrol fotográfico y también para obtener recomendaciones personalizadas sobre fotoprotección.

FotoSkin (<http://fotoskinapp.com/>) está avalada por un prestigioso equipo clínico formado por dermatólogos del Servicio de Dermatología del Hospital Ramón y Cajal de Madrid (imagen 2), liderados por el Dr. Sergio Vañó (@SergioVanoG).

Permite aplicar diversos test para conocer fenotipo y estado de piel, para realizar una autoexploración cutánea, así como ofrecer recomendaciones para cuidar la piel y aplicar correctamente protector solar; también orienta en la actuación ante quemaduras solares.



FotoSkin

La exclusiva App de ayuda a la prevención y diagnóstico del cáncer de piel

A través del autocontrol fotográfico, puedes hacer un seguimiento y estudio de tu piel, así como obtener consejos y recomendaciones personalizadas para una correcta fotoprotección. Avalada por un equipo médico de reconocido prestigio en el ámbito de la dermatología y diagnóstico del cáncer de piel.

[Ver vídeo](#)

Imagen 1. FotoSkin <http://fotoskinapp.com/>

La aplicación **FotoSkin** ha sido desarrollada con el respaldo de profesionales médicos especializados en dermatología.



Idea original y coordinación científica de **Dr. Sergio Vañó (@SergioVanoG)**
 Dermatólogo del Hospital Ramón y Cajal y de la Clínica Grupo de Dermatología Pedro Jaén (Madrid). Profesor Honorífico de la Universidad de Alcalá. Coordinador del Grupo de Innovación en Tecnologías Médicas del IRYCIS-Hospital Ramón y Cajal, Madrid. Experto en eHealth y nuevas tecnologías. CV →

Imagen 2. Equipo de desarrollo de FotoSkin.

Esta aplicación, posibilita el autocontrol fotográfico periódico de la piel, para conocer el estado y evolución de lunares y manchas, pudiendo planificar un seguimiento de las mismas, así como obtener consejos y recomendaciones personalizadas para la correcta fotoprotección, e incluso recordar las citas con el dermatólogo.

Consta de cinco secciones:

- **Mi piel:** Permite conocer el tipo de piel a través de test.
- **Mi control:** Diseñada para fotografiar manchas o lunares y observar su evolución en el tiempo.
- **Mis consejos:** Según el tipo de piel, aporta recomendaciones sobre su cuidado, exposición solar o uso de cremas.
- **Información médica:** Describe las principales patologías relacionadas.
- **Mi entorno:** Aporta toda la información sobre la situación ambiental del entorno.

La aplicación es gratuita y está disponible para dispositivos Android y para iOS.

2. “Psoriasis Calc” (imagen 3)

Es una aplicación dirigida a personal sanitario que trata con pacientes afectados de psoriasis. Incorpora múltiples escalas y calculadoras para medir la gravedad de la psoriasis, así como determinar comorbilidades existentes.

- **BSA:** Calcula el porcentaje de superficie cutánea afectada por la psoriasis para cada parte del cuerpo o con la regla de la palma de mano (1% de superficie corporal).
- **PASI:** Escala clásica de valoración de la gravedad de la psoriasis. Permite la identificación topográfica del lugar en el que se produce la afectación, ya que puede tener repercusiones en la prescripción de la pauta de tratamiento más adecuada.
- **NAPSI:** Es un indicador de la afectación ungueal. Divide la uña en cuatro cuadrantes. Valora la presencia de signos como piqueteado, leuconiquia, puntos rojos en la lúnula, resquebrajamiento de la lámina, onicolisis, hemorragias en astilla, hiperqueratosis subungueal y mancha de aceite.
- **COMORBILIDAD:** Permite la detección de las asociaciones mórbidas más frecuentes de los pacientes con psoriasis.

La aplicación es de uso sencillo y está pensada para usar a pie de cama. Los enlaces para su descarga están disponibles desde la siguiente dirección Web: <https://aedv.es/institucional/grupos-de-trabajo/psoriasis/recursos/>

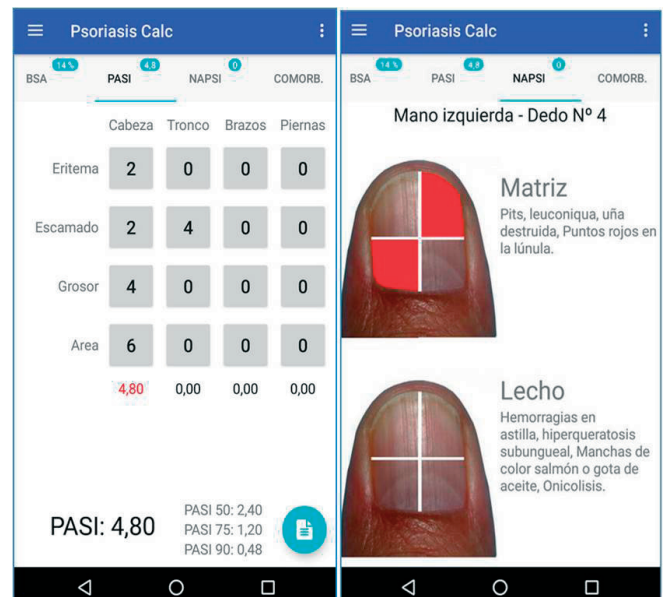


Imagen 3. Psoriasis Calc
<https://aedv.es/institucional/grupos-de-trabajo/psoriasis/recursos/>

3. “MiPsoriasis” (imagen 4)



Imagen 4. MiPsoriasis <http://appmipsoriasis.pielenlaquevivir.es/>

Esta aplicación, combina una serie de herramientas validadas que facilitan que el paciente pueda vigilar la evolución de su psoriasis y al mismo tiempo, disponer de dicha información para sus consultas al dermatólogo.

Con esta App (<http://appmipsoriasis.pielenlaquevivir.es/>) y los consejos del dermatólogo, los pacientes afectados de psoriasis, pueden hacer una valoración del estado de actividad, del impacto en su calidad de vida y del grado de control de su Psoriasis

Incluye dos cuestionarios:

- Diario de síntomas: Para registrar la intensidad de picor y el número de ronchas y descamaciones de la piel.
- DQLI (Cuestionario de calidad de vida), para evaluar objetivamente cómo le está afectando la psoriasis a la piel del paciente y como ello le repercute en su día a día.

Cuenta con la posibilidad de tomar fotografías y notas que posteriormente se pueden compartir con el dermatólogo, lo que junto con la valoración conjunta de ambos cuestionarios, será clave para la toma de decisiones del dermatólogo, que así dispone de una información reglada y de fotografías con notas de los eventos más relevantes, lo que facilitará un mejor tratamiento y manejo diario de la enfermedad.

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

Gracias por estar ahí.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arantón-Areosa L. Prescribir Links y Apps fiables. Empoderar a los pacientes. *Enferm Dermatol [Online]*. 2014 [Acceso 10 junio 2017]; 8(22):44-49. Disponible en: <http://www.anedidic.com/descargas/dermared/22/prescribir-links-y-apps.pdf>
2. Arantón-Areosa L. Dermatología 2.0, una nueva forma de acercarse al paciente. *Enferm Dermatol [Online]*. 2015 [Acceso 10 junio 2017]; 9(25):44-46. Disponible en: http://www.anedidic.com/descargas/dermared/25/dermared_25.pdf
3. Arantón-Areosa L. Dermatología en Blogs. *Enferm Dermatol [Online]*. 2014 [Acceso 10 junio 2017]; 8(23):29-31. Disponible en: http://www.anedidic.com/descargas/dermared/23/dermared_23_blogs_derma.pdf
4. Fernández-Salazar S, Ramos-Morcillo AJ. Prescripción de links y de aplicaciones móviles fiables y seguras, ¿estamos preparados para este nuevo reto?. *Evidentia [Online]*. 2013 [Acceso 10 junio 2017]; 10(42). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n42/ev4200.php>
5. Jiménez Pernet J, García Gutiérrez JF, Martín Jiménez JL, Bermúdez Tamayo C. Tendencias en el uso de Internet como fuente de información sobre salud. *UOC Papers [Online]*. 2007 [Acceso 10 junio 2017]; (4): 44-50. Disponible en: <http://www.uoc.edu/uocpapers/4/dt/esp/jimenez.pdf>