

- *Novedades sobre úlceras e integridad cutánea en la nueva Clasificación de Diagnósticos de Enfermería NANDA 2015-2017.*
- *Reacciones de fotosensibilidad de origen exógeno: Fototoxia y fotoalergia.*
- *Desbridamiento osmótico de quemaduras domésticas de tercer grado con apósito de Ringer.*
- *Independencia editorial y conflictos de interés en guías de práctica clínica sobre lesiones dermatológicas.*
- *Tratamiento de un tatuaje con colonización crítica. A propósito de un caso.*
- *Molusco contagioso. A propósito de un caso en paciente infantil.*
- *Comunicaciones XIII Congreso Nacional de Enfermería Dermatológica.*
- *Los profesionales y las redes sociales en el abordaje de úlceras y heridas.*
- *Resumen. XIII Congreso Nacional de Enfermería Dermatológica.*

número

26

NOVEDADES SOBRE ÚLCERAS E INTEGRIDAD CUTÁNEA EN LA NUEVA CLASIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA NANDA 2015-2017

NEWS ON ULCERS AND SKIN INTEGRITY IN THE NEW CLASSIFICATION OF NURSING DIAGNOSES NANDA 2015-2017

Autor: José María Rumbo Prieto

Máster en Deterioro de la Integridad Cutánea, Úlceras y Heridas.
Gerencia de Gestión Integrada de Ferrol

Contacto: jmrumbo@gmail.com

Fecha de recepción: 09/11/2015

Fecha de aprobación: 16/11/2015

“NANDA International. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2015-2017” es actualmente el último manual publicado por la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (North American Nursing Diagnosis Association, NANDA), sobre diagnósticos de enfermería, completamente revisado y actualizado por NANDA-I (NANDA-International)⁽¹⁾.

La nueva edición 2015-2017, que recientemente ha sido traducida al español⁽²⁾ (Imagen 1), contiene un total de 235 diagnósticos enfermeros; de ellos, 7 diagnósticos han sido eliminados referente a la edición anterior, 25 diagnósticos son nuevos (3 de ellos propuestos por España) y otros 13 han sido revisados y actualizados según los datos más actuales sobre niveles de evidencia y práctica de enfermería; además destacar como novedad que todos los diagnósticos han sido aprobados y consensuados por expertos en diagnóstico de enfermería, investigadores y educadores, tanto de la NANDA como de otras asociaciones científicas afines.

El objetivo de este artículo editorial, se centra en dar a conocer que diagnósticos son novedosos y cuales han sido actualizados por NANDA-I en referencia a la temática de esta revista: “*manejo y cuidado de la piel*”. Hablaremos, por ello, del diagnóstico de “Deterioro de la Integridad Cutánea”, de la actualización de los dos diagnósticos sobre “Riesgo de Deterioro de la Integridad Cutánea” y “Deterioro de la Integridad Tisular”; así como, de la incorporación novedosa de los diagnósticos: “Riesgo de Deterioro de la Integridad Tisular” y “Riesgo de Úlceras por Presión”.

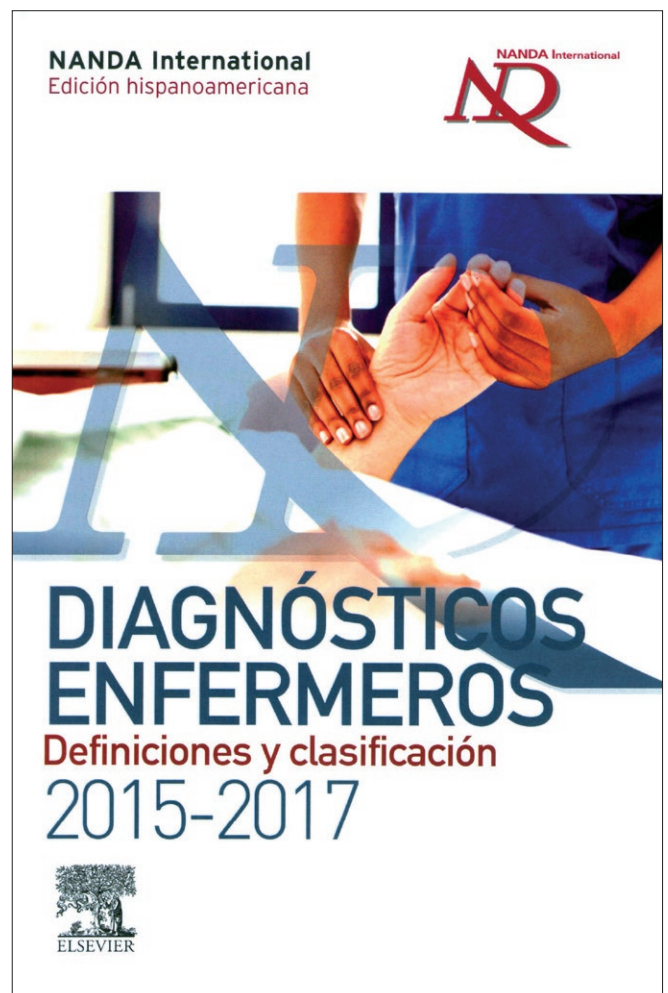


Imagen 1 - Portada de la edición en español de “NANDA International. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2015-2017”

El término denominado “Deterioro de la Integridad Cutánea” (Impaired skin integrity), fue utilizado por primera vez en 1975 y modificado en 1989 por la NANDA para identificar y describir un

diagnóstico de enfermería que definió como: “*Alteración de la epidermis y/o de la dermis*”. Dicho diagnóstico (**0046-Deterioro de la Integridad Cutánea**) está incluido dentro del Dominio 11 (Seguridad/ Protección), en la Clase 2 (Lesión física/daño corporal), formando parte de la Taxonomía-II (actualmente la NANDA-I ha desarrollado la Taxonomía-III, pero aún no está en uso). Las características definitorias que identifican al citado diagnóstico son: *Alteración de integridad de la piel y materias extrañas que perforan la piel (piercing)*. Los factores causales relacionados se resumen en la tabla nº1. Este diagnóstico no ha sido actualizado en la nueva versión NANDA-I 2015-2017.

Cuando el deterioro de la piel viene determinado en forma de riesgo potencial, como resultado del uso de un sistema estandarizado de valoración del riesgo; en estos casos, la NANDA-I propone el uso del diagnóstico “**0047-Riesgo de Deterioro de la Integridad Cutánea**” (Risk for impaired skin integrity), encuadrado también dentro del Dominio 11, clase 2, Taxonomía-II y que actualmente, en esta última versión, ha sido ampliada su anterior definición (ver subrayado) para denominarlo como: “*Riesgo de alteración en la epidermis y/o en la dermis, que puede poner en peligro la salud*”. Asimismo, los factores relacionados con este diagnóstico de riesgo coinciden con los del Deterioro de la Integridad Cutánea.

Cuando el deterioro de la piel se extiende más allá de la dermis (lo que denominamos “cutis”),

y afecta al tejido subcutáneo (tejido tegumentario o hipodérmico), o si encontramos que está alterada la membrana mucosa y/o corneal, en estos casos, se ha validado otro diagnóstico de enfermería NANDA que fue descrito y aprobado en 1986, y que se denomina “**0044-Deterioro de la Integridad Tisular**” (Impaired tissue integrity), también clasificado como de Dominio 11 (seguridad/protección), de Clase 2 (lesión física), Taxonomía II y que actualmente también ha sido modificada y ampliada su definición por la de: “*Lesión de la membrana mucosa, cornea, sistema integumentario, fascia muscular, músculo, tendón, hueso, cartílago, cápsula articular, y/o ligamento*”. Las características definitorias de este diagnóstico tisular difieren de las cutáneas ya que afecta a capas de la piel más profundas produciendo: *Lesión y/o destrucción tisular*. Asimismo, los factores relacionados van a ser comunes al del deterioro cutáneo (Tabla 1) y, además, se incluyen otros como:

- Conocimiento insuficiente sobre el mantenimiento de la integridad tisular
- Deterioro de la movilidad
- Estado de desequilibrio nutricional (p.ej. obesidad, malnutrición...)
- Neuropatía periférica
- Volumen de líquidos excesivo/deficiente
- Temperaturas ambientales extremas

FACTORES EXTERNOS	FACTORES INTERNOS
<ul style="list-style-type: none"> • Edades externas • Excreciones • Factores mecánicos (p.ej.: fuerzas de cizallamiento, presión, fricción, inmovilidad física) • Hidratación • Hipertermia • Hipotermia • Humedad • Lesión por agente químico (p.ej.:quemaduras) • Radioterapia • Secreciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Agentes farmacológicos • Alteración de la pigmentación • Alteración de la turgencia de la piel • Alteración del metabolismo • Alteración sensorial (por diabetes, lesión medular...) • Cambio hormonal • Deterioro de la circulación • Factores psicogénicos • Inmunodeficiencia • Nutrición inadecuada • Presión sobre prominencia ósea

Tabla 1 - Factores relacionados con el Diagnóstico de Deterioro de la Integridad Cutánea²

En el caso de que el deterioro tisular venga determinado en forma de riesgo potencial; la NANDA propone, como nuevo diagnóstico (ya que antes no existía), el diagnóstico **“00248- Riesgo de Deterioro de la Integridad Tisular”** (Risk for impaired tissue integrity), el cual se define como: *“(Riesgo) vulnerable a una lesión de la membrana mucosa, cornea, sistema integumentario, fascia muscular, músculo, tendón, hueso, cartilago, cápsula articular, y/o ligamento, que puede comprometer la salud”*. Sus factores de riesgo van a ser los mismos que los descritos para el diagnóstico de Deterioro de la Integridad Cutánea y Tisular (Tabla 1); y también está clasificado dentro del Dominio 11 y Clase 2, de la Taxonomía-II.

Finalmente, en cuanto a la novedad más importante de los diagnósticos de enfermería NANDA-I en relación a la integridad de la piel, está la denominación del diagnóstico **“00249-Riesgo de Úlceras por Presión”** (Risk for pressure ulcer), el cual ha sido descrito siguiendo la definición propuesta por la NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2007), que la definió como: *“(Riesgo) vulnerable a una lesión localizada en la piel y/o capas inferiores del tejido epitelial, generalmente sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión o la presión en combinación con cizallamiento”*. Asimismo, NANDA lo incluye en el Dominio 11 y clase 2, de la Taxonomía-II; e identifica como factores causales para este diagnóstico un listado de más de 40 factores de riesgo para desarrollar una úlcera por presión (UPP); siendo los más significativos:

- Escala de Braden Q < 16
- Escala de Braden < 18

- Aumento del tiempo de inmovilidad sobre superficie dura (p.ej. procedimiento quirúrgico > 2 horas)
- Clasificación funcional NYHA > 2
- Clasificación del estado físico ASA > 2
- Puntuación baja en la valoración de riesgo de UPP escala RAPS
- Aumento de la temperatura corporal 1-2 °C
- Conocimiento insuficiente del cuidador sobre la prevención de UPP
- Disminución del nivel de albúmina sérica
- Linfopenia

En definitiva, creemos que los cambios observados y las nuevas propuestas de la NANDA-I entorno a los diagnósticos relacionados con la integridad de la piel (así como, para el resto de diagnósticos), va favorecer que sea más fácil para los profesionales el utilizar el lenguaje enfermero estandarizado para comunicar con mayor eficiencia y fiabilidad la naturaleza de los cuidados y tratamientos de enfermería en pacientes con riesgo de úlceras y riesgo/deterioro de la integridad cutánea y tisular a otros colegas profesionales, a los usuarios y a otros proveedores de cuidados; así como, ayudar a los gestores a planificar de forma más eficaz las necesidades del personal y de los equipos para el abordaje integral y cuidado ante este tipo de lesiones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Herdman TH, Kamitsuru S, editors. NANDA International Nursing Diagnoses. Definitions & Classification 2015-2017. (20th Ed). Oxford: Wiley-Blackwell; 2014.
2. Herdman TH, Kamitsuru S, editores. NANDA International Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2015-2017. Oxford: Wiley-Blackwell; 2015.

REACCIONES DE FOTOSENSIBILIDAD DE ORIGEN EXÓGENO: FOTOTOXIA Y FOTOALERGIA

PHOTOSENSITIVITY REACTIONS OF EXOGENOUS ORIGIN: PHOTOTOXIC AND PHOTOALLERGY

Autores: Concepción Sierra Talamantes⁽¹⁾, Violeta Zaragoza Ninet⁽²⁾, Altea Esteve Martínez⁽²⁾, Begoña Fornés Pujalte⁽¹⁾, Federico Palomar Llatas⁽¹⁾.

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

(2) Médico Dermatólogo. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia Área de la Piel.

Contacto: malacu@ono.com

Fecha de recepción: 20/04/2015

Fecha de aprobación: 30/05/2015

RESUMEN

Las reacciones de fotosensibilidad son respuestas anormales de la piel tras una exposición normal, a la radiación lumínica. En este artículo de revisión hemos dedicado nuestra atención a las fotodermatosis más habituales en nuestro medio, esto es, las reacciones de fotosensibilidad inducidas por agentes externos o exógenos con capacidad para absorber energía lumínica, las denominadas reacciones de fototoxia y fotoalergia. Presentamos una sencilla descripción de ambas reacciones, los elementos mayormente implicados, sus diferencias más significativas, su tratamiento y prevención.

Palabras clave: fotosensibilidad, fototoxia, fotoalergia.

ABSTRACT

The photosensitivity reactions are abnormal responses of the skin after exposure normal, to light radiation. In this review article have devoted attention to the photodermatosis more common in our environment; this is, the photosensitivity reactions induced by external agents or exogenous with the capacity to absorb light energy, the so-called phototoxic reactions and photoallergy. We present a simple description of reactions, the elements mostly involved, their most significant differences, its treatment and prevention.

Key words: photosensitivity, phototoxic, photoallergy.

INTRODUCCIÓN

El Sol es la estrella más cercana a la Tierra y la principal fuente de energía que interviene en el desarrollo de todas sus formas de vida, el clima y los fenómenos meteorológicos.

La luz solar es energía radiante con un amplio espectro electromagnético, aunque la tierra, recibe sólo una parte pequeña de la radiación debido a que la capa de ozono y el oxígeno molecular de la estratosfera filtran y absorben de manera selectivas las radiaciones. Esto permite que las radiaciones de longitud de onda más corta, situada en torno a los 290nm, las más energéticas y nociva para el ser humano, no alcancen la superficie terrestre, mientras que radiaciones de longitud de onda más larga, situadas entre los 300-800nm son capaces de alcanzar la superficie de la Tierra a nivel del mar. En síntesis podemos afirmar que cuando menor es la longitud de onda mayor es el contenido energético, por lo tanto, las radiaciones de onda corta serán, biológicamente, más dañinas para el hombre. La piel del ser humano es como un sistema informático que va acumulando datos y a largo plazo va almacenando los efectos de la exposición solar⁽¹⁻³⁾.

VARIABILIDAD DE LA RESPUESTA CUTÁNEA ANTE LA EXPOSICIÓN SOLAR

La sensibilidad de la piel humana a la acción de los rayos solares es una reacción de variabilidad individualizada. Hay muchos factores que influyen en este tipo de reacciones, pero podríamos agruparlos en tres tipos: factores físico-ambien

Tabla 1. Factores que intervienen en la exposición solar

Factores físico-ambientales	Intensidad de la radiación: <ul style="list-style-type: none"> • Capa de ozono • Hora del día • Altitud • Latitud • Estación del año • Fenómenos Meteorológicos • Radiación reflejada: Nieve, Arena, Agua, etc.
Factores relacionados con la exposición	<ul style="list-style-type: none"> • Pantallas físicas • Vestimenta del sujeto
Factores propios del individuo	<ul style="list-style-type: none"> • Estrato córneo del individuo • Pigmentación del individuo • Eritema del individuo (MED) • Fototipo del individuo

tales, factores relacionados con las condiciones de la exposición y factores propios del individuo, tal como exponemos en la Tabla 1⁽⁴⁻⁶⁾.

EFFECTOS DE LA RADIACIÓN SOLAR EN LA PIEL

La piel es el órgano receptor de la energía electromagnética incidente. El espectro de acción de una radiación solar depende de la cantidad de radiación absorbida por la piel con una longitud de onda con capacidad para producir un efecto biológico. Las radiaciones solares que alcanzan la superficie terrestre y que componen el espectro fotobiológico que incide en los seres humanos, tal como mostramos en la Tabla 2, son fundamentalmente^(3,4,7-9).

1. Radiaciones Ultravioleta (RUV). Representan alrededor del 3% de la radiación solar, son invisibles al ojo humano y tienen la suficiente energía para producir reacciones fotoquímicas y alteraciones inmunológicas tanto locales como sistémicas. Distinguimos:

- RUVB: Son radiaciones de longitud de onda media (290-315nm). Afectan al sistema inmunitario, causan quemaduras y cáncer de piel, cataratas y reacciones inflamatorias en ojos. Los UVB actúan fundamentalmente sobre las células epidérmicas, en especial, sobre los

queratinocitos, los melanocitos y las células de Langerhans, inhibiendo la síntesis de DNA en la epidermis irradiada.

- RUVA: Son radiaciones de longitud de onda larga (315-400nm). Son las que llegan a la Tierra en mayor cantidad y no son filtrados por el cristal. Las RUVA producen menos eritema que las RUVB, son capaces de penetrar hasta la dermis superior y alterar los fibroblastos produciendo arrugas en la piel. Son las responsables del fotoenvejecimiento de la piel y de la mayoría de las respuestas fototóxicas y fotoalérgicas.

2. Luz Visible (LV). Son radiaciones de longitud de onda larga (400-700nm). Es la luz perceptible por el ojo humano, esto es, nos facilita la visión. Su descomposición forma el espectro de los seis colores del arco iris. Proporciona la energía para la fotosíntesis y tiene capacidad para producir reacciones fotoquímicas en la piel.

3. Infrarrojo (IR): Son invisibles al ojo humano y aportan calor a la Tierra. La radiación infrarroja es emitida por cualquier cuerpo cuya temperatura sea mayor que 0 grados Kelvin, es decir, -273,15 grados Celsius (cero absoluto).

Tabla 2. Efectos de la radiación Solar en la piel

Espectro Solar	Penetración piel	Efectos Positivos	Efectos negativos
Infrarrojo (>800nm)	Hipodermis	Calor/ Bienestar	Deshidratación
Luz Visible (400-800nm)	Dermis reticular	Antidepresivo	Envejecimiento cutáneo
UVA (320-400nm)	Dermis reticular/papilar	Bronceado	Envejecimiento cutáneo Fototoxia y Fotoalergia
UVB (290-320nm)	Dermis papilar/epidermis	Bronceado Síntesis vit. D	Quemadura solar Alteraciones inmunológicas Alteraciones oftálmicas Cáncer cutáneo

REACCIONES DE FOTOSENSIBILIDAD POR AGENTES EXÓGENOS

Las reacciones de fotosensibilidad son respuestas anormales de la piel tras una exposición a RUV normal, bien sea por causa genética o adquirida. Las enfermedades que cursan con fotosensibilidad se denominan fotodermatitis⁽¹⁰⁾ (Tabla 3).

Tabla 3. Clasificación de las fotodermatitis
1. Fotodermatitis idiopáticas o de base inmunológica
2. Fotodermatitis por reparación defectuosa del ADN
3. Fotodermatitis por agentes químicos endógenos
4. Fotodermatitis por agentes químicos exógenos: Fototoxía y Fotoalergia
5. Dermatitis fotoagravadas

En este artículo de revisión hemos dedicado nuestra atención a las fotodermatitis más habituales en nuestro medio; esto es, las reacciones de fotosensibilidad causadas por agentes externos/exógenos.

La fotosensibilidad causada por agentes exógenos se produce cuando un agente/compuesto químico (fotosensibilizante) interacciona con la radiación electromagnética, y es capaz de provocar el desarrollo de lesiones en la piel⁽¹¹⁾. Los agentes implicados con mayor frecuencia se exponen en la Tabla 4.

La radiación electromagnética más frecuentemente implicada en este tipo de reacciones, se sitúa en una banda de longitud de onda en el espectro comprendido entre la Luz Visible y la radiación ultravioleta, aunque la mayoría de los fármacos fotosensibilizantes están en el rango de la radiación UVA⁽¹²⁾.

Tabla 4. Principales agentes fotosensibilizantes
Antibióticos/Antimicrobianos: Ceftazidima, Sulfonamidas, Tetraciclínas, Ac nalidixico, Trimetropin, Fluorquinolonas, Clloquinol, Salicilamidinas halogenadas, Triclosán
Antifúngicos: Griseoflúvina, Ketoconazol
Agentes cardiacos: Amiodarona, Captopril
AINES: Benoxaprofeno, Naproxeno, Ketoprofeno, Ibuprofeno, AAS, Oxifenbutazona, Etofenamato, Bencidamida, Piroxicam
Agentes quimioterapéuticos: Dacarbazina, 5-Fuorouracilo, Vinblastina, Metrotexate
Agentes psiquiatricos: Fenotiacinas, Antidepresivos tricíclicos, Benzodiazepinas
Colorantes: Eosina, Azul de metileno, Rosa Bengala, Fluoresceína
Diuréticos: Furosemida, Hidroclorotiazida
Hipoglicemiantes orales: Clorpropamida, Gliburida, Tolbutamida
Perfumes: Aceites esenciales, 6-metil cumarina, Aldeído cinámico, Musk-ambrette
Plantas: Furocumarinas (psoralenos), Compositae, Carotenos
Filtros solares: PABA, Benzofenonas, Cinamatos, Derivados del alcanfor, Octocrileno, Dibenzoilmetanos
Retinoides: Isotretionina, Etretinato
Alquitranes y derivados

Los fotosensibilizantes pueden ser administrados por vía tópica y/o sistémica y comportarse como tóxicos dando lugar a una reacción fototóxica o como antígenos provocando una reacción fotoalérgica (Tabla 5)^(13,14).

Tabla 5. Tipos de fotosensibilidad por agentes exógenos		
FOTOSENSIBILIZANTE Administración/exposición	MECANISMO FISIOPATOLÓGICO	
	TÓXICO	ALÉRGICO
TÓPICO	Dermatitis fototóxica	Dermatitis fotoalérgica de contacto
SISTÉMICO	Fototoxia (por agente sistémico)	Fotoalergia (por agente sistémico)

El diagnóstico de este tipo de reacciones tiene como finalidad identificar y eliminar al agente sensibilizante y tratar las lesiones. Conviene tener en cuenta que la prevalencia de este tipo de reacciones puede verse incrementada en grupos de poblaciones como los pacientes inmunosuprimidos o los ancianos debido a la utilización de múltiples medicamentos, la terapia crónica e intermitente, la alteración del metabolismo, y determinados factores iatrogénicos. La metodología diagnóstica se fundamenta en tres puntos^(4,15-18).

La historia clínica:

- Cronología de aparición de las lesiones.
- Relación entre la aparición de las lesiones y la administración de sustancias exógenas (tóxicas o sistémicas)
- Condiciones de la exposición lumínica
- Antecedentes: familiares y patológicos
- Antecedentes de ingesta/administración tópica de medicamentos, sobre todo los denominados como fotosensibles.
- Profesión y hobbies
- Prurito (fundamentalmente en la fotoalergia)

Características de las lesiones:

- Localización y distribución de las lesiones
- Morfología de las lesiones
- Pigmentación anormal post inflamatoria (principalmente en la fototóxia)

Pruebas diagnósticas

- Fototest: Consiste en la aplicación de dosis progresivas de radiación lumínica de diversas longitudes de onda (UVA, UVB, LV). Esta prueba permite determinar la dosis de eritema mínimo (MED, la dosis más pequeña RUVB que produce un eritema), el espectro de radiación lumínica implicada y reproducir las lesiones de manera experimental.
- Fotoparche: Esta prueba es utilizada para estudiar la causa de reacciones cutáneas fotoalérgicas. La técnica es similar a la empleada en la prueba del parche pero los alérgenos utilizados son sustancias con capacidad fotosensibilizante. Consiste en la aplicación en forma de parche de los fotoalérgenos más habituales (la serie de fotoalérgenos en España se establece siguiendo las directrices del Grupo Español de Fotobiología), así como de las sustancias/productos sospechosos completos y si es posible de todos sus componentes por separado. El parche se aplica por duplicado, tras 48 horas se descubre uno de los parches y se irradia con una lámpara de UVA a dosis de 5 J/cm². Seguidamente se descubre el otro parche y pasados unos 20 minutos se realiza una primera lectura. Pasadas 48 horas de la irradiación se realiza, generalmente, la lectura definitiva.
- Prueba de provocación: Consiste en la exposición repetida (alrededor de 3 días) de un área de la piel a dosis preestablecidas de una banda longitud de onda específica, con el objeto de reproducir las lesiones. Se realiza sobre un área de aproximadamente 5x8cm en zonas, preferentemente, no fotoexpuestas.
- Biopsia cutánea: Procedimiento mediante el cual se extrae una pequeña porción de piel afectada para su análisis. La técnica más habitual es la de sacabocados, en la cual se extrae un pequeño cilindro de piel con un instrumento punzante (punch cutáneo).
- Determinaciones analíticas: Hemograma, Bioquímica, Auto-anticuerpos y Porfirinas.

REACCIONES DE FOTOTOXIA

Las reacciones fototóxicas no dependen de un mecanismo inmunológico, por lo que no precisan de un periodo de sensibilización y teóricamente pueden presentarlas la totalidad de la población, pero requieren que un agente con poder fotosensibilizante alcance la piel y que ésta reciba luz de una longitud de onda apropiada (generalmente UVA). La reacción se desencadena cuando el fotosensibilizante interacciona con la luz y absorbe sus fotones generando un compuesto fotoactivado con capacidad para producir procesos bioquímicos cuyo resultado final es el daño de las estructuras celulares.

Las reacciones fototóxicas son relativamente frecuentes y, en general, con un periodo de latencia corto, pudiendo aparecer tras la primera exposición del fármaco a la luz. La intensidad de la reacción cutánea depende de la cantidad/ dosis de agente fotosensibilizante y de la intensidad de la radiación recibida. En función de los mecanismos mediante los que se produce el daño celular, las reacciones fototóxicas se han clasificado en fotodinámicas y no fotodinámicas. Las reacciones fotodinámicas son dependientes del oxígeno. En ellas, la energía liberada en forma de electrones por la sustancia fotosensibilizante es transmitida directa o indirectamente al oxígeno, generándose radicales libres (oxígeno singlete, radicales hidroxilo, etc.) que son los responsables del daño celular. En las reacciones no fotodinámicas, independientes del oxígeno, existe una interacción directa entre la sustancia fotosensibilizante excitada y el ADN celular que da lugar a una lesión celular de tipo no oxidativo^(13, 19, 20).

La clínica de una fototoxia puede presentar eritema, edema y vesículas, simulando una quemadura solar intensa. Las lesiones se limitan a las zonas fotoexpuestas a la luz como la cara, la zona del escote, las manos los pies etc.^(Figura 1). En general suele respetar los pliegues nasolabiales, la zona retroauricular y submentoniana y las zonas cubiertas por la ropa. Las lesiones se acompañan de prurito, quemazón o dolor y descamación. La exposición repetida o dilatada en el tiempo puede originar liquenificación e hiperpigmentación de las lesiones. Una localización peculiar que puede verse involucrada es el lecho ungueal, dando lugar al fenómeno de fotooncolisis⁽²⁰⁻²³⁾.

Los agentes más habitualmente implicados en las reacciones de fototóxia son los fármacos, tanto tópicos como sistémicos, determinadas plantas, algunos componentes de los cosméticos y determinados colorantes (Tabla 6)⁽²³⁻²⁸⁾.

Tabla 6. Principales agentes fototóxicos

FÁRMACOS: tetraciclina, clorpromacina, anti-diabéticos orales, hidroclorotiazida, furosemida, isoniazida, amiodarona, ibuprofeno, naproxeno, retinoides, antineoplásicos.
PLANTAS: <ul style="list-style-type: none"> • Rutaceae: lima, limón, naranja, bergamota, ruda • Umbiliferae: perejil, hinojo, eneldo, zanahoria, chirivía, apio • Compositae: manzanilla, margaritas • Moraceae: mora, higo, ficus
COSMÉTICOS: perfumes y conservantes
COLORANTES: Eosina, Azul de metileno, Rosa Bengala, Fluoresceína, Sulfuro de Cadmio (amarillo de los tatuajes)
ALQUITRÁN Y DERIVADOS: fármacos, resinas, explosivos, insecticidas

Reacciones fototóxicas ocasionadas por fármacos:

Son las reacciones fototóxicas más frecuentes (95%). La reacción depende de la dosis del fármaco, de la dosis de radiación y el tiempo de exposición a la misma, de factores individuales de la piel del sujeto (color de piel, grosor...) y de factores ambientales como la humedad o la temperatura ambiental. La forma más habitual de fototoxia por fármacos es por administración sistémica, sobretodo oral, aunque no es inusual la vía tópica. La reacción puede presentarse tras la primera exposición medicamentosa y suele desaparecer entre los 2-7 días tras la suspensión de la administración del fármaco, aunque en algunos medicamentos como las tiazidas puede perdurar durante meses. Por otra parte



Figura 1 - Fototoxia

es importante resaltar que el uso terapéutico de psoralenos (furocumarinas: 5-MOP y 8-MOP) empleados sobretodo en el tratamiento de psoriasis y vitíligo pueden ocasionar reacciones fototóxicas severas con picos entre las 48-72 horas. Es necesario resaltar que establecer el grado y los niveles de fototoxicidad para un fármaco supone un reto tanto para la industria farmacéutica como para las autoridades sanitarias.

Reacciones fototóxicas ocasionadas por plantas y perfumes:

Cuando la reacción es ocasionada por plantas se denomina fitofotodermatitis^(Figura 2) y se origina por el contacto con plantas sobre todo las que contienen furanocumarinas como en el caso de las familias de rutáceas y umbelíferas. Las lesiones tienen un aspecto que dibuja el contacto de la piel con las plantas.

Las fitofotodermatitis, clásicamente, más habituales son:

- Dermatitis de Berloque (dermatitis del pendiente/gargantilla) o también llamada “dermatitis en chorreón”. Fue descrita por primera vez por Freund en 1916. Consiste en la adquisición de una pigmentación pardo-rojiza en las áreas de aplicación de perfume producida, generalmente, por el aceite de bergamota usado en perfumes que contienen un fotosensibilizante derivado de las furocumarinas 5-MOP. Actualmente esta patología es menos frecuente ya que los perfumes suelen estar libres de esta sustancia.
- Dermatitis de los prados: Suele aparecer en verano y se produce cuando la piel húmeda (generalmente tras el baño) entra en contac-

to con la hierba. Se caracteriza por la aparición de lesiones en zigzag, o lineales, con la presencia de ampollas o vesículas que suelen evolucionar con hiperpigmentación.

- Reacciones ocasionadas por alquitranes y sus derivados. Las reacciones más habituales se relacionan con el ambiente ocupacional sobretodo en profesionales relacionados con las resinas y la industria maderera.

REACCIONES DE FOTOALERGIA

Las reacciones fotoalérgicas son reacciones inmunológicas de tipo retardado, tipo IV, por lo que requieren una exposición previa al fotosensibilizante para que se produzca la reacción. Se producen cuando un sensibilizante entra en contacto con la piel, por vía tópica o sistémica, y es activado tras recibir radiación lumínica que habitualmente se sitúa en torno al rango de UVA, aunque en algunos fármacos como las sulfanilamidas puede ser de tipo UVB, sufriendo una transformación química que al combinarse con las proteínas de la piel tiene capacidad para producir una reacción inmune. Existen dos mecanismos de fotoinducción del antígeno: la primera consiste en la transformación de la sustancia fotosensibilizante en un hapteno susceptible de conjugarse con una proteína dando lugar a un



Figura 2 - Fitodermatitis

antígeno completo; la segunda considera que la radiación lumínica sería la responsable de la conjugación hapteno-proteína, constituyendo de esta manera el antígeno completo. Una vez formado el antígeno completo se desencadenaría una reacción tipo IV^(13, 23, 24, 28).

Las reacciones fotoalérgicas son poco frecuentes (5%) y a diferencia de las reacciones fototóxicas presentan una respuesta tardía, entre 2-10 días tras la exposición a la radiación. Son más habituales por contacto tópico que por vía sistémica y aparecen con pequeñas cantidades de la sustancia y en general sólo precisan dosis pequeñas de radiación. Las manifestaciones clínicas se asemejan a un eczema alérgico, con prurito, eritema, a veces vesiculación e incluso ampollas en las zonas fotoexpuestas aunque pueden sobrepasarlas y afectar a zonas ocultas por la ropa^(Figura 3). Las lesiones suelen resolverse con descamación, sin dejar pigmentación residual. Suelen presentar reacciones cruzadas entre fármacos similares y la sensibilización es permanente^(13,14, 28).

Para establecer el diagnóstico se emplea la técnica del fotoparche que suele ser relevante en el caso de fotoalérgenos tópicos. Cuando la sospecha recae en un fármaco que se ha utilizado por vía sistémica, si el fotoparche es negativo, el fototest puede demostrar una reacción anómala a UVA mientras el paciente está tomando el fármaco, que se normalizará pasadas unas semanas tras la suspensión del mismo^(16,17, 29).

Clásicamente los fotosensibilizantes con capacidad para producir reacciones de fotoalergia han



Figura 3 - Fotoalergia

sido los antimicrobianos (Salicilanilidas, Sulfanilamida, Bithionol, Hexaclorofeno), los perfumes en la década de los 80 (Musk Ambrette, 6-metilcumarina), los filtros solares (PABA, benzofenonas, cinamatos) los AINES (Ketoprofeno, Piroxicam) y las fenotiacinas (Clorpromacina), principalmente⁽³⁰⁾.

En los últimos años se han realizado varios estudios multicéntricos tanto a nivel nacional como europeo debido a que los cambios introducidos en las últimas décadas tanto en la industria farmacéutica como en la cosmética han devenido en la necesidad de establecer protocolos estandarizados para el estudio de la fotoalergia y como consecuencia en la investigación de los fotoalérgenos más relevantes en la actualidad y cuyos resultados más significativos mostramos en la Tabla 7⁽³¹⁻³⁵⁾.

DIFERENCIAS ENTRE FOTOTOXIA Y FOTOALERGIA

Aunque la diferencia entre fototoxia y fotoalergia puede parecer fácil, en la práctica clínica distinguir entre ambas reacciones puede resultar casi un acertijo, debido a que en numerosas ocasiones un mismo agente es capaz de producir ambas reacciones. Las principales diferencias diagnósticas entre ambas reacciones se muestran en la Tabla 8^(13-15, 22).

Tabla 7. Principales agentes fotoalérgicos
AINES: Ketoprofeno, Etofenamato, Piroxicam, Bencidamina, Piketoprofeno, Dexketoprofeno, Ibuprofeno, Diclofenaco
Filtros solares: Benzofenonas, Cinamatos, octocrileno
Medicamentos: Fenofibrato, Clorpromacina, Benzodiacepinas
Antisépticos: Triclosan, Triclorocarbanilida,
Antihistaminicos tópicos: Prometacina
Aditivos veterinarios: Olaquinox
Plantas: Compositae

Tabla 8. Diferencias entre Fototoxia y Fotoalergia

	FOTOTOXIA	FOTOALERGIA
INCIDENCIA	Alta	Baja
PERIODO DE LATENCIA	No	Sí
DOSIS	Elevada	Pequeña
MECANISMO	No inmunitario	Inmunidad tipo IV
CLÍNICA/HISTOPALOGÍA	Quemadura/Necrosis	Eczema/Espongiosis
DISTRIBUCIÓN	Áreas expuestas	Áreas expuestas y no expuestas
FOTOPARCHE	Positivo paciente y controles Confinado al parche	Positivo sólo paciente Puede rebasar el parche
PIGMENTACIÓN RESIDUAL	Frecuente	Raro
REACCIONES CRUZADAS	No	Sí
CONDICIONES RECURRENCIA	Fármaco y luz	Fármaco y luz Fármaco sólo Luz sola
ESPECTRO	UVA/UVB/LV	UVA
ALTERACIONES MED	UVA: infrecuente UVB: frecuente MED disminuída	UVA: disminuída si fotoalergia sistémica

TRATAMIENTO DE LA FOTOTOXIA Y FOTOALÉRGIA:

El tratamiento sintomático se basa en la supresión del fármaco sospechoso, la administración de corticoides tópicos o sistémicos, dependiendo de la intensidad de las lesiones, el uso de antihistamínicos orales para aliviar el prurito y emolientes para la hidratación cutánea⁽²⁸⁾.

En las reacciones de fotoalergia resulta imprescindible identificar y evitar el alérgeno responsable proporcionando al paciente información detallada y suficiente sobre los medicamentos que debe evitar en el futuro, así como proporcionar un listado de fármacos con posible reacción cruzada y de opciones terapéuticas⁽¹⁴⁾.

La prevención para evitar este tipo de reacciones implica el reconocimiento de los posibles agentes causantes y la necesidad de alertar al paciente, con prescripción médica de fármacos fotosensibilizantes, con una serie de medidas que limiten, en la medida de lo posible, la exposición a fuentes de RUV^(12,27, 28,36).

RECOMENDACIONES PARA PACIENTES TRATADOS CON FÁRMACOS FOTOSENSIBILIZANTES

- Alertar al paciente del tipo de reacción que puede aparecer en la piel, y en caso de que

se manifieste, recomendar la consulta inmediata a un profesional sanitario

- Administrar el fármaco fotosensibilizante por la noche, siempre que sea posible, para disminuir la concentración del mismo en los momentos de mayor exposición a la luz solar.
- Evitar la exposición a fuentes artificiales de radiación UV (bronceado artificial).
- Evitar la exposición solar en las horas de mayor radiación (12-16 horas), sobre todo en verano.
- Utilizar ropa adecuada, sobre todo, en periodos de radiación solar intensa (verano). Utilizar prendas amplias y tupidas, de color oscuro, y preferiblemente, de nylon, poliéster, o lana.
- Protegerse con sombreros de ala ancha y gafas de sol homologadas.
- Utilizar fotoprotectores adecuados a su tipo de piel, preferiblemente del tipo de los denominados de pantalla solar física.
- Seguir una dieta rica en antioxidantes (té verde, cítricos, frutas, tomate, etc.)

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses y que no han recibido ningún tipo de subvención para la realización de este estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wharton J, Cockerell C. The sun: friend and enemy. *Clin Dermatol.* 1998; 16:415-9.
2. Marzulli F, Maibach H, eds. *Dermatotoxicology.* (5th Ed). Washington, DC: Taylor & Francis; 1996.
3. Diffey B. Ultraviolet radiation and human health. *Clin Dermatol.* 1998; 1:83-9.
4. Sierra Talamantes C, Fornes Pujalte B, Palomar Llatas F et al. Fototest una herramienta indispensable en el diagnóstico de las fotodermatosis. *Enfer Dermatol.* 2010; 11: 27-33.
5. Roelandts R. Photodermatology. Quo vadis? *Actas Dermosifiliogr.* 2009; 100(Supl1):66-72.
6. Kerr HA, Lim HW. Photodermatoses in African Americans: a retrospective analysis of 135 patients over a 7-year period. *J Am Acad Dermatol.* 2007; 57: 638-43.
7. Rhodes LE, Bock M, Janssens AS, Ling TC, Anastasopoulou L, Antoniou C, et al. Polymorphic light eruption occurs in 18% of Europeans and does not show higher prevalence with increasing latitude: Multicenter survey of 6.895 individuals residing from Mediterranean to Scandinavia. *J Invest Dermatol.* 2010; 130: 626-28.
8. Murphy G. The acute effects of ultraviolet radiation on the skin. In: Hawk JL, editor. *Photoimmunology.* London: Chapman & Hall; 1998.p.43-52.
9. De Leo V, Maso M. Photosensitivity. In: Moschella and Hurley. *Dermatology.* (3th Ed). Philadelphia: WB Saunders Company; 1992: 507-31.
10. De Argila D, Aguilera J, García-Díez A. Estudio de las fotodermatosis idiopáticas y exógenas. Parte I: fisiopatología y aspectos técnicos del estudio fotobiológico. *Actas Dermosifiliogr.* 2014; 105:112-25.
11. Bylaite M, Grigaitiene J, Lapinskaite GS. Photodermatoses: classification, evaluation and management. *Br J Dermatol.* 2009; 161 (Suppl 3):61-68.
12. Murphy GM. Diseases associated with photosensitivity. *J Photocem Photobiol.* 2001; 64:95-98.
13. Frutos Pérez-Surio A, Sala Piñol F, Juárez Giménez JC, et al. Fármacos y Fotosensibilidad. *Aten Farm* 2006; 8 (6): 360-373.
14. Epstein JH. Phototoxicity and photoallergy. *Semin Cutan Med Surg.* 1999; 18: 274-84.
15. Ortiz de Frutos FJ, de la Cuadra Oyanguen J. Fotodermatitis de contacto. En: Jiménez Camarasa JM. *Dermatitis de contacto.* Aula Médica. Madrid; 1999.
16. Murphy GM. Investigation of photosensitive disorders. *Photodermatol Photoimmunol Photomed.* 2004; 20: 305-11.
17. De Argila D, Aguilera J, García-Díez A. Estudio de las fotodermatosis idiopáticas y exógenas. Parte II: el estudio fotobiológico. *Actas Dermosifiliogr.* 2014; 105: 233-42.
18. Roelandts R. The diagnosis of photosensitivity. *Arch Dermatol* 2000; 136:1152-7.
19. Lim HW, Hawk J. Evaluation of the photosensitive patients. In: Lim HW, Hönigsmann H, Hawk J, eds. *Photodermatology.* New York: Informa Healthcare USA; 2007.p.139-48.
20. Hearn R. Recognition and management of cutaneous photosensitivity. *Practitioner.* 2005 Jun; 249(1671):418, 420, 422-4.
21. Lecha M. Idiopathic photodermatoses: clinical, diagnoses and therapeutic aspects. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2001; 15: 499-504.
22. Ferguson J. Photosensitivity due to drugs. *Photodermatol Photoimmunol Photomed.* 2002; 18:262-9.
23. Sanchez-Pedreño P. Fotodermatosis. En: Conejo-Mir J, Moreno JC, Camacho FM, editores. *Manual de Dermatología.* (1ª Ed). Madrid: Grupo Aula Médica S.L. Madrid; 2010.p. 603-24.
24. Alonzo Pareyón ML, Coutté Mayora M. Fotoalergia y fototoxia. *Rev Cent Dermatol Pascua.* 2000; 9(3): 189-196
25. Jiménez Cerezo MJ, Silgado Arellano R, Ferrari Piquero JM, Herreros de Tejada-López Coterilla, A. Fotosensibilidad asociada a medicamentos: una reacción frecuente y poco conocida. *Rev OFIL.* 2006; 16(1): 61-70.
26. Sánchez J. Erupciones medicamentosas fototóxicas. En: Fernández J, Requena L. *Erupciones cutáneas medicamentosas.* Barcelona: Signament Edicions; 2003. p. 79-86.
27. Stein KR, Scheinfeld NS. Drug induced photoallergic and phototoxic reactions. *Expert Opin Drug Saf.* 2007; 6 (4): 431-43.
28. Wilkinson JD, Rycroft RJG. Contact dermatitis, in Champion RH, Burton JL, Ebling FHG. Eds. *Textbook of Dermatology.* (5th Ed). Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1992.p. 611-715.
29. Lecha M. La prueba del fotoparche. En: Jiménez Camarasa JM. *Dermatitis de contacto.* Madrid: Aula Médica; 1999.
30. De Leo V. Photocontact Dermatitis. *Immunol Allergy Clin North Am.* 1997; 17: 451-69.
31. Ortiz de Frutos FJ, De la Cuadra Oyanguen J, Gardeazábal García J, et al. Resultados del fotoparche empleando la batería de fotoalergenos estándar del Grupo Español de Fotobiología (1996). *Actas Dermosifilgr.* 1999; 90: 609-11.
32. The European Task Force for Photopatch Testing: Bruynzeel DP, Ferguson J, Andersen K, Gonçalo M, English J, Goossens A, et al. Photopatch testing: a consensus methodology for Europe. *J EADV.* 2004; 18: 679-82.
33. De la Cuadra J, A. Pérez Ferriols, M. Lecha Carralero, et al: Results and assesment of photopatch testing in Spain: towards a new estándar set of photoallergens. *Actas Dermosifilogr.* 2007; 98: 96-10.
34. Perez Ferriols A, De la Cuadra Oyanguen J. La nueva batería europea de fotoalérgenos. *Piel.* 2013; 28: 66-68.
35. Gonçalo M, Ferguson J, Bonevalle A, Bruynzeel DP, Giménez-Arnau A, Goossens A, Kerr A, Lecha M, Neumann N, Niklasson B, Pigatto P, Rhodes LE, Rustemeyer T, Sarkany R, Thomas P, Wilkinson M. Photopatch testing: recommendations for a European photopatch test baseline series. *Contact Dermatitis.* 2013; 68(4): 239-43.
36. Moore DE. Drug-induced cutaneous photosensitivity. Incidence, mechanism, prevention and management. *Drug Saf.* 2002; 25:345-72.

DESBRIDAMIENTO OSMÓTICO DE QUEMADURAS DOMÉSTICAS DE TERCER GRADO CON APÓSITO DE RINGER

OSMOTIC DEBRIDEMENT OF DOMESTIC BURNS THIRD DEGREE WITH DRESSING OF RINGER

Autores: Federico Palomar Llatas^(1,2), Begoña Fornes Pujalte^(1,2), Concepción Sierra Talamantes^(1,2), Paula Diez Fornes^(1,2), Rafael Palomar Fons⁽²⁾, Jorge Zamora Ortiz^(1,2)

(1) Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

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

Contacto: federicop43@gmail.com

Fecha de recepción: 03/04/2015

Fecha de aprobación: 12/06/2015

RESUMEN

Objetivo: Describir nuestra experiencia sobre el uso del apósito de Ringer en el desbridamiento de quemaduras de tercer grado necrosadas.

Método: Estudio descriptivo observacional. Utilización de apósitos de Ringer para el desbridamiento de quemaduras necrosadas de tercer grado; en la Unidad de Enfermería Dermatológica, Úlceras y Heridas del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Análisis estadístico descriptivo.

Resultados: Valoración de 6 casos clínicos en pacientes con una media de edad 61 años. El 66,6% de las quemaduras tratadas fueron de tercer grado, con un 100% de superficie con de tejido necrótico, siendo un 50% necrosis húmeda y el resto necrosis seca. El tamaño de la superficie cutánea afectada fue de 93,8cm². La etiología principal, en el 83,33%, fue por contacto directo con una fuente de calor. Se procedió a la protección de la piel perilesional con pasta de óxido de zinc en las quemaduras de primer y segundo grado superficiales y, para las de 3º grado con necrosis, por el desbridamiento con apósito de Ringer (Tenderwet®), saturado con 1-2cc de solución de polihexanida.

Conclusiones: El desbridamiento osmótico con apósito de Ringer y la combinación de productos barrera y apósitos de cura húmeda mejora la epitelización cutánea y disminuye el tiempo de resolución de la lesión. El cuidado posterior de las cicatrices debe incluir la hidratación y la fotoprotección.

Palabras clave: Quemadura, desbridamiento, apósito, solución de Ringer.

ABSTRACT

Objective: To describe our experience on the use of the Ringer dressing in the debridement of third-degree necrotic burns.

Methods: Observational descriptive study. Use of dressings of Ringer for the debridement of burns necrotic of third grade; in the dermatological Nursing Unit, sores and wounds of the "Consorcio Hospital General Universitario de Valencia". Descriptive statistical analysis.

Results: Valuation of 6 clinical cases in patients with a mean age of 61 years. The 66.6% of the burns treated were of third grade, with a 100% of surface with of necrotic tissue, being 50% wet necrosis and the rest dry necrosis. The size of the skin surface affected was 93.8cm². The main ethology, in 83.33%, was by direct contact with a heat source. We proceeded to the protection of the perilesional skin with pasta of zinc oxide in the first and second degree burns superficial and, for 3º degree with necrosis, by the debridement with dressing of Ringer (Tenderwet®), saturated with 1-2cc of Polyhexanide Solution.

Conclusions: The osmotic debridement with dressing of Ringer and the combination of products barrier and dressings of wet cure improves skin epithelization and decreases the time resolution of the lesion. The aftercare of the scars should include the hydration and photoprotection

Key words: Burn, debridement, dressing, Ringer solution.

INTRODUCCIÓN

Las quemaduras son lesiones cutáneas o tisulares que pueden tener distintas etiologías (químicas, calor en contacto, fuego, eléctricas...). La gravedad de estas dependerá de varios factores como: tiempo de exposición o contacto con la fuente térmica, extensión de la zona afectada, área quemada y el grado de temperatura en exposición.

Epidemiológicamente se estima que alrededor 3% de las quemaduras requieren asistencia sanitaria, aunque tan solo el 5% precisan asistencia hospitalaria. Con relación a la etología se estima que en torno al 60% de las que precisan asistencia sanitaria se producen en el ambiente doméstico, siendo los niños y los ancianos los mayores grupos de riesgo^(1,2).

Un tipo común de quemaduras domésticas son las de contacto y las químicas. En las quemaduras por contacto, el mecanismo suelen ser sólidos calientes como la plancha, el tubo de escape de las motos, etc. Generalmente, suelen ser quemaduras limitadas y profundas. En las quemaduras químicas, la etiología es producida por una sustancia química ácida. La gravedad de la quemadura dependerá de la concentración de la sustancia y del tiempo de contacto con la piel.

Tras considerar la etiología de la quemadura se estima el grado de afectación cutánea, distinguiendo tres grados^(3,4) (Figura 1):

- 1er grado. Son secas con eritema, calientes y pueden ser muy dolorosas.
- 2º grado. Distinguiremos 2 grupos:
 - Superficial, con afectación de la capa basal y dermis superficial, y con formación de flictenas.
 - Profundo, con afectación de la dermis profunda.
- 3er grado. Afectación hasta el tejido adiposo y destrucción de anejos cutáneos

La existencia de tejido desvitalizado en una quemadura, es un excelente caldo de cultivo favoreciendo una posible carga bacteriana, aumento de los niveles de exudado y mal olor. La presentación de lesiones con necrosis tisular, también denominado tejido no viable para el proceso de cicatrización; precisa de la eliminación de ese

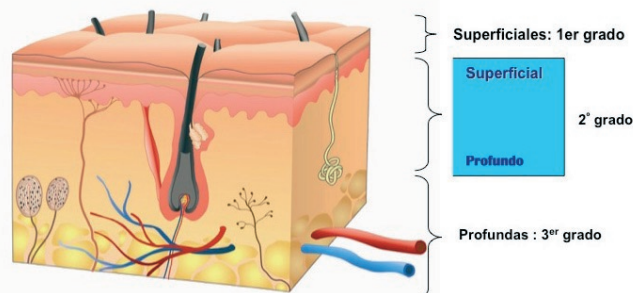


Figura 1 - Clasificación quemaduras

tejido necrótico; existiendo distintos modos de desbridamiento (cortante, autolítico...)^(4,5). La elección del procedimiento dependerá de la localización de la lesión.

En el caso de desbridamiento de tejido necrótico en quemaduras domésticas de 3er grado, el método selectivo de desbridamiento autolítico permite una cura húmeda separando el tejido necrótico del sano. En este proceso intervienen los macrófagos y las enzimas proteolíticas. Este tipo de procedimiento favorece la humidificación de las necrosis secas y facilita su desbridamiento⁽¹⁾.

En la literatura se han descrito algún caso en los que se han utilizado un apósito con tres componentes (Tenderwet®) que facilita el desbridamiento de tejido no viable y que a su vez se mantiene la humedad adecuada para acelerar el proceso de cicatrización; por medio de la acción de la solución pre-activada de Ringer, que potencia el desbridamiento autolítico, ablandando los tejidos desvitalizados y consiguiendo su desprendimiento del tejido sano; con una capa superior o de recubrimiento de polipropileno de tejido flexible, suave y no adherente al lecho; semipermeable y por tanto con una elevada capacidad de evaporación y de filtración de flujos; así como, un núcleo super-absorbente (policrilato) que es afín a las proteínas del exudado, lo que absorbe al igual que a bacterias y sus toxinas, inhibiendo un exceso de metaloproteasas y así poder preparar el lecho de las lesiones, hacia una correcta cicatrización y epitelización⁽⁶⁻⁸⁾.

Por tanto, el objetivo principal de este estudio fue describir nuestra experiencia sobre el uso de apósitos de Ringer en el desbridamiento de quemaduras domésticas de tercer grado necrosadas en una cohorte de pacientes que acudieron a la Unidad de Enfermería Dermatológica, Úlceras y Heridas del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

La finalidad del estudio fue facilitar la instauración de cuidados de enfermería específicos orientados a:

- Disminuir el riesgo de infección.
- Controlar el exudado de la lesión.
- Evitar cambios de apósito innecesarios con la finalidad de disminuir el dolor y el traumatismo de la lesión.
- Limpiar el tejido desvitalizado eficazmente del lecho de la herida.
- Mantener y proteger la piel perilesional de la lesión.
- Valoración del dolor durante el tratamiento.
- Mantener un ambiente húmedo para acelerar el proceso de cicatrización.
- Facilitar la instauración de cuidados de enfermería específicos en el paciente quemado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio y tamaño de la muestra: Se realizó un estudio descriptivo observacional sobre 6 pacientes atendidos en la Unidad de Úlceras y Heridas del Área de Gestión Clínica de la Piel del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (CHGUV), asistidos con pauta de tratamiento protocolizado existente en la Unidad.

Periodo de reclutamiento: primer trimestre del año 2015.

Criterios de inclusión: Pacientes con quemadura doméstica de 3º grado en más del 70% del área lesionada, mayores de edad y que dieran su consentimiento.

Criterios de exclusión: Pacientes menores de 18 años o mayores de edad, pero con menos del 70% del área lesionada; así como, aquellos pacientes que no dieron su consentimiento.

Variables a estudio:

- Sociodemográficos: edad y sexo
- Tratamiento previo a la atención en la Unidad
- Nivel del dolor medido en escala tipo EVA
- Tamaño de la lesión (extensión superficial)

- Tipo de tejido afectado
- Etiología de la lesión
- Tratamiento local según protocolo normalizado de trabajo (PNT)

Material: Se ha utilizado un apósito almohadillado con esferas absorbentes (Tenderwet®) cuya composición son tres productos.

Procesamiento de los datos: Para el estudio estadístico se ha realizado un análisis descriptivo de todos los datos procedentes de las variables y sus influencias entre ellas. El software utilizado fue la base de Access 2007.

RESULTADOS

La muestra de pacientes atendidos en nuestra unidad fue de seis (n=6), estando la media de edad en 61 años, con una distribución por sexo (hombre-mujer) del 50%.

El tratamiento tópico previo al ingreso de los pacientes a estudio, fue de pomada de Sulfadiazida Argéntica en el 83,3% de los casos y, a su vez todos los casos (100%) incorporaban al tratamiento Tul Vaselinado con Bálsamo del Perú.

El tamaño medio de la superficie cutánea afectada fue de 93,8cm². Con relación a la extensión de la lesión, el 66,6% de los casos presentaban en toda su extensión un 100% de tejido necrótico y, de estas, el 50% era necrosis húmeda y un 50% necrosis seca. El resto de casos, el 33,4% de las lesiones presentaban lesiones de 1º y 2º grado^(Imagen 2).

La valoración del dolor se realizó mediante escala EVA, siendo el valor expresado inicialmente por los pacientes de 10, al comienzo del tratamiento y, de 3 al final del mismo; siendo esta disminución progresiva a medida que se realizaban los cambios de apósitos.

Con relación a la etiología de la lesión la mayoría, el 83,33%, fue por contacto directo con la fuente de calor^(Imagen 3).

En el 100% de los casos, el tratamiento de la quemadura consistió en proteger la piel perilesional y lesiones de 1º y 2º grado superficial con pasta de óxido de zinc y, para las de 3er grado con necrosis, favorecer el desbridamiento autolítico y osmótico con apósito de Ringer (Tenderwet®) y saturado con 1-2 cc de solución de polihexanida^(Imagen 4).



Imagen 2 - Necrosis al comienzo del tratamiento

El desbridamiento cortante fue realizado en todos los casos a partir de la 2ª cura cuando quedaba delimitado el tejido desvitalizado o necrosis.

El desbridamiento completo y seguimiento con cura en ambiente húmedo con la aplicación en el tejido de granulación de Tul de Hidrocoloide y crema de Ácido Hialurónico con Colágeno, como apósito primario se colocó alginato cálcico y sellado con film de poliuretano.

El tiempo medio para la completa cicatrización de las lesiones fue de 27,5 días.

Para la prevención de secuelas, como la retracción del área quemada; así como, para evitar la sequedad cutánea, la aparición de erosiones y el prurito, una vez cicatrizada la lesión completamente, se informó a los pacientes de la necesidad de hidratación del nuevo epitelio mediante el uso de Ácidos Grasos Hiperoxigenados (AGHO) prescritos, masajeando la zona para facilitar la penetración y una absorción del producto. También se recomendó el uso de fotoprotectores solares para las lesiones en áreas fotoexpuestas (Imagen 5).



Imagen 3 - Principal causa de la quemadura contacto con bolsa de agua caliente



Imagen 4 - Apósito de Tenderwet® sobre necrosis



Imagen 5 - Aspecto de las cicatrices y tejido de granulación

DISCUSIÓN

Las quemaduras domésticas son una patología frecuente y cuando son de 3º grado deben de ser tratadas por profesionales de la salud, dado que el riesgo de infección es elevado y para evitar, en la medida de lo posible, futuras secuelas.

Los datos aportados en este estudio⁽⁹⁾, fruto de nuestra experiencia clínica, coinciden con los análisis de Guerrero R., al observar que en la mayoría de la etiología de las quemaduras domiciliarias la causa fue el contacto directo con la fuente de calor.

Respecto al tratamiento tópico empleado en otros artículos o guías sobre el cuidado de las quemaduras^(1,9-11) refiere la utilización de múltiples productos, pero hace hincapié en el tratamiento con Sulfadiazida Argéntica, compuesto insoluble que se utiliza como bactericida pero

que no actúa como desbridante y puede retrasar la cicatrización.

El desbridamiento osmótico con apósito de Ringer (Tenderwet®)^(6,12-17) y la combinación de productos barrera y apósitos cicatrizantes, mejora la epitelización cutánea y disminuye el tiempo de resolución de la lesión. El cuidado posterior de las cicatrices debe incluir la hidratación y la fotoprotección.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses y que no han recibido ningún tipo de subvención para la realización de este estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. García-Aguilar RA, Díaz-Borrego Horcajo J, coordinadores. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2011.
2. Fernández Morales E, Gálvez Alcaraz L, Fernández Crehuet Navajas J, Gómez Gracia E, Salinas Martínez J. Epidemiology of burns in Málaga, Spain. *Burns*. 1997; 23: 323-32. Doi: 10.1016/S0305-4179(96)00136-2.
3. Lund C L, Browder ND. The estimation of areas of Burns. *Surg Gynecol Obstert*.1994; 78:352.
4. Gallardo GR, Ruiz PJG, et al. Estado actual del manejo urgente de las quemaduras: fisiopatología y valoración de la quemadura. *Emergencias*. 2000; 13: 122-129.
5. Culleiton AL, Simko LM. Caring for patients with burn injuries. *Nursing*. 2013; 43: 27-34.
6. Palomar Llatas F, Capillas Pérez R, Alba Moratilla C, Serra Perucho N, Cerame Pérez S, Gandarias A, et al. (Grupo de estudio Tenderwet®). Eficacia clínica del apósito compuesto de Ringer. *Enferm Dermatol*. 2012; 6(15): 20-5.
7. Mukerjee M. Pañales desechables superabsorbentes. *Investigación y Ciencia*. 2001; (293), 88-89.
8. Dutkiewicz J K. Superabsorbent materials from shellfish waste-a review. *Journal of biomedical materials research*; 2002; 63(3): 373-381.
9. Guerrero-Torbay R, Palacios-Martínez J, Salamea-Molina P, Gilbert-Orús M, Chiquito-Freile MT. Análisis de la casuística de 5 años en la Unidad de Quemados del Hospital Luis Vernaza, Guayaquil, Ecuador. *Cir plást iberolatinoam*. 2014; 40(1): 107-113.
10. Aladro Castañeda M, Díez González S. Revisión del tratamiento de las quemaduras. *Revista de SEAPA*. 2013; XI: 12-17.
11. Rosanova MT, Stamboulian D, Lede R. Revisión sistemática: ¿Cuál es el agente tópico más eficaz en la prevención de infecciones en el paciente quemado? *Arch Argent Pediatr*. 2012; 110(4):298-303.
12. Hartmann. Effective wound cleansing with TenderWet Active-Observational study with 403 patients. [Technical Report]. Heidenheim (Germany): Paul Hartmann AG; 2008.
13. Mosti G, Iabichella ML, Piperni P, Magliaro A, Mattaliano V. Uso del Tenderwet nella detersione delle ulcere degli arti inferiori ad eziologia vascolare. *Acta vulnologica*. 2004; 2(2-4): 77-80.
14. Paustian C., Stegman M.R. Preparing the wound bed for healing: The effect of activated polyacrylate dressing on debridement. *Ostomy/Wound Manage*. 2003; 49(9):34-42.
15. Bruggisser R. Bacterial and fungal absorption properties of a hydrogel dressing with a superabsorbent polymer core. *J Wound Care*. 2005; 14(9):438-442.
16. Paustian C., Stegman M.R. Preparing the wound for healing: the effect of activated polyacrylate dressing on debridement. *Ostomy Wound Manage*. 2003;49(9):35S-42S
17. Fleck CA. Why wet to dry? *J Am Col Certif Wound Spec*. 2009; 1(4): 109-113. Doi: 10.1016/j.jcws.2009.09.003

INDEPENDENCIA EDITORIAL Y CONFLICTOS DE INTERÉS EN GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LESIONES DERMATOLÓGICAS

EDITORIAL INDEPENDENCE AND CONFLICT OF INTEREST IN CLINICAL PRACTICE GUIDELINES ON DERMATOLOGICAL INJURIES

Autores: José María Rumbo Prieto^(1,2), Luis Arantón Areosa^(1,2), Camilo Daniel Raña Lama^(2,3), Juan Santiago Cortizas Rey^(1,4), Javier Sánchez Gálvez^(2,5)

(1) Enfermero. Gerencia de Gestión Integrada de Ferrol.

(2) Máster Universitario en Deterioro de la Integridad Cutánea, Úlceras y Heridas.

(3) Enfermero. Gerencia de Gestión Integrada de A Coruña

(4) Experto Universitario en el Cuidado de Heridas y en Cuidados Paliativos

(5) Enfermero. Policlínica Virgen de los Dolores, Cartagena (Murcia)

Contacto: jmrumbo@gmail.com

Fecha de recepción: 20/07/2015
Fecha de aprobación: 25/08/2015

RESUMEN

Objetivo: Valorar y comparar la independencia editorial y declaración de conflictos de interés de diferentes Guías de Práctica Clínica (GPC) sobre lesiones dermatológicas.

Metodología: Revisión sistemática de GPC en estado activo (periodo 2011-2015), de nivel nacional e internacional. Evaluación del ítem 22 y 23 del Dominio 6 (independencia editorial) del instrumento AGREE II (*Appraisal of Guidelines Research and Evaluation*). Método de revisión por 4 evaluadores. Estadística descriptiva.

Resultados: Se evaluaron 30 GPC (4 de psoriasis; 2 de radiodermatitis, 10 sobre dermatitis atópica, 5 sobre quemaduras y 9 de cáncer de piel Melanoma y no-melanoma). De ellas, 14 GPC cumplieron muy bien con el Dominio 6 (independencia editorial) del AGREE II; 11 lo hicieron de forma parcial y 5 no alcanzaron el nivel mínimo.

Conclusión: La evaluación del ítem 22 (independencia editorial) es el que menos se cumple y el más difícil de valorar por los revisores de GPC. Los puntos de vista de la entidad financiadora, generalmente, no aparecen como una declaración explícita y/o concisa a la hora de manifestar su influencia en el resultado final de las recomendaciones de la GPC; como propone el AGREE II.

Palabras clave: guía de práctica clínica, independencia editorial, conflicto de intereses, dermatología.

ABSTRACT

Objective: To evaluate and compare the editorial independence and declaration of conflicts of interest of different Clinical practice Guidelines (CPG) on dermatological lesions.

Methodology: Systematic review of CPG in active state (period 2011-2015), at the national and international level. Evaluation of item 22 and 23 the Domain 6 (editorial independence) of the AGREE Instrument II (*Appraisal of Guidelines Research and Evaluation*). Method of review by 4 evaluators. Descriptive statistic.

Results: We assessed 30 GPC (4 on psoriasis; 2 on radiodermatitis, 10 on atopic dermatitis, 5 on burns, and 9 on skin cancer Melanoma and non-melanoma). Of these, 14 GPC accomplished very well with the Domain 6 (editorial independence) of AGREE II; 11 did so partially and 5 have not reached the minimum level.

Conclusions: The evaluation of item 22 (editorial independence) is the one least accomplished and the most difficult to assess by the reviewers of GPC. The points of view of the financing entity, usually does not appear as an explicit statement and/or concise in expressing its influence on the final result of the recommendations of the GPC; as proposed by the AGREE II.

Key words: Clinical practice guidelines, editorial independence, conflict of interest, dermatology.

INTRODUCCIÓN

De la necesidad de disponer de información basada en evidencias y altamente contrastada para resolver situaciones específicas o para tomar decisiones en situaciones de incertidumbre, surgen en la década de los 70, en EE. UU varias iniciativas en forma de conferencias de consenso a nivel nacional, hechos éstos que pasarán a la historia por ser la base de lo que más tarde (en los años 80) se denominaría MBE (medicina basada en la evidencia)^(1,2).

Ya en la década de los noventa, con la concienciación de los dirigentes y otros actores de los sistemas de salud sobre la importancia de tomar decisiones eficientes en el ámbito clínico, se han desarrollado diferentes metodologías que estandarizan procesos de atención válidos y basados en el mejor conocimiento disponible. Dentro de estas metodologías, las guías de práctica clínica (GPC) son las que han tenido más amplia difusión y aceptación⁽³⁾.

Las GPC, fueron definidas en la década de los 90 por la US-IOM (*United State Institute of Medicine*) (4) como: *“Recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica”*⁽⁵⁾.

Dicha definición ha sido revisada y actualizada en 2011 y traducida al español por el comité científico de GuiaSalud (Biblioteca de GPC del Sistema Nacional de Salud), quedando redactada en los siguientes términos: *“Conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas, con el objetivo de optimizar la atención sanitaria a los pacientes”*^(6,7).

El objetivo que persiguen las GPC son mejorar la efectividad y la calidad de la práctica asistencial, disminuir la variabilidad injustificada en la práctica clínica y establecer criterios homogéneos en el abordaje de las patologías más frecuentes, basando las recomendaciones en la mejor evidencia científica disponible⁽⁸⁾. Se podría llegar a afirmar que cualquier profesional sanitario que las aplicara (las recomendaciones de evidencia) podría aspirar (dentro de unos límites razona-

bles) a estar realizando su práctica clínica al mismo nivel que los mejores expertos en ese ámbito⁽⁹⁾. Además, las GPC significan un paso adelante respecto de protocolos, procedimientos o vías clínicas, ya que suponen la incorporación de la evidencia científica como elemento que sostiene las recomendaciones establecidas y, al mismo tiempo, adaptan el conocimiento científico a nuestra población y realidad asistencial⁽⁸⁾.

Sin embargo, la elaboración de GPC por parte de organismos gubernamentales y no gubernamentales, así como, asociaciones científicas locales, nacionales e internacionales ha dado lugar a una verdadera epidemia de guías. Esta proliferación dio lugar a todo tipo de documentos bajo el nombre GPC cuando no lo eran desde un punto de vista formal⁽¹⁰⁾, observándose en muchas de ellas una escasa calidad científica y rigor editorial, por lo que surge la necesidad de empezar a valorar y revisar la producción de las GPC por medio de una evaluación objetiva que tuviera en cuenta criterios predefinidos y que se realice de forma sistemática⁽¹¹⁻¹³⁾.

Teniendo en cuenta que toda investigación científica se sustenta en la integridad del científico y del editor que lo publica. Una integridad que se simboliza en una serie de valores como: credibilidad, veracidad, autenticidad y honestidad. La integridad en la investigación es esencial para defender la excelencia científica y para mantener la confianza de los profesionales⁽¹⁴⁾.

Como es lógico y deseable, las GPC deberían generar confianza y fiabilidad; es decir, que han evitado y/o eliminado los sesgos potenciales producidos en su elaboración y que las recomendaciones han pasado por un riguroso proceso de validez interna y externa. Además, deberían explícitamente declarar su independencia editorial; que no es otra cosa que decirnos que en elaboración de las recomendaciones y pruebas de evidencia obtenidas no ha habido conflictos de interés por parte del editor/res; así como de los autores y/o revisores de la GPC.

Sin embargo, en el contexto actual, el profesional está cada vez más influenciado por una realidad inevitable, que es que la financiación de los proyectos de investigación clínica, en mayor o menor grado, promovida, sufragada y patrocinada por la industria farmacéutica⁽¹⁵⁾. Y aun siendo esta colaboración muy conveniente por ambas partes, la excesiva comercialización de las inves-

tigaciones (y más en el caso de las GPC) puede suponer un contratiempo al comprometer innecesariamente el rigor científico, la imparcialidad de los investigadores, creando un sesgo en la comunicación de resultados y en las recomendaciones clínicas sobre ciertos productos farmacéuticos o procedimientos terapéuticos, y lo peor, la pérdida de confianza de los pacientes en el tratamiento.

Estaríamos hablando de la existencia de un conflicto de interés real o potencial⁽¹⁶⁾, cuando un autor, una institución, un revisor, un editor o un paciente participante de un proyecto clínico, mostrase un interés secundario (personal, financiero o político), motivado por una serie de condiciones (prestigio, rivalidad o competencia, nepotismo, amiguismo, lealtad, promoción), que pudieran influir de manera indebida o inapropiada en su juicio responsable e independiente en relación a un interés primario o primordial (la seguridad del paciente, buscar y transmitir la verdad científica). Es, por tanto, éticamente cuestionable⁽¹⁷⁾ no declarar o no hacer explícito los potenciales conflictos de interés relacionados con la investigación clínica.

En base a todo lo anteriormente expuesto, nos planteamos realizar un estudio de investigación cuyo objetivo fue valorar y comparar la independencia editorial y declaración de conflictos de interés de las GPC sobre dermatología relacionadas con el abordaje integral de las dermatitis atópicas y/o eczemas, la psoriasis, las quemaduras, la radiodermatitis y el cáncer cutáneo (melanoma y no-melanoma); con la finalidad de evaluar su credibilidad e imparcialidad para formular recomendaciones y evidencias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de revisión sistemática, mediante instrumento validado, de las GPC publicadas y/o actualizadas en los últimos 5 años, sobre lesiones dermatológicas, de nivel nacional e internacional.

Las GPC objeto de estudio fueron sobre: dermatitis atópicas y/o eczemas, la psoriasis, las quemaduras, la radiodermatitis/radiodermatitis y el cáncer melanoma y no melanoma.

La búsqueda sistemática se realizó mediante metabuscadores de GPC (SUM Search, Google Scholar, TripDatabase, eGuidelines) y en portales web de organismos compiladores de GPC (Na-

tional Guideline Clearinghouse, CMA Infobase, NICE, SIGN-50, GuiaSalud y GNEAUPP- Biblioteca Alhambra).

Los términos de búsqueda (descriptores) utilizados para las GPCs fueron: “guía de práctica clínica”, “guía basada en la evidencia”, “GPC”, “practice guidelines”, “clinical guidelines”, “evidence guidelines”, “National Evidence-Based Guideline”, “Best Practice Guidelines”, “CPG”. A esos descriptores se le combinaron otros específicos para cada tipo de lesiones dermatológicas. Para la estrategia de búsqueda se utilizaron descriptores DeCS, MeSH, texto libre y combinación de los operadores booleanos “AND” y “OR” y el truncamiento asterisco (*). El periodo de búsqueda incluyó aquellas GPC publicadas, y/o con fecha de actualización, desde el año 2011 al 2015 (ambos inclusive). No hubo límite por el idioma o formato de publicación.

Para la selección final se tuvieron en cuenta todos aquellos documentos identificados como GPC (o similar denominación), y que además estuviese desarrollada según los criterios descritos en el manual de elaboración de GPC⁶⁰, independientemente de su idioma, el organismo que lo editó, o el formato de publicación.

Tras la localización, identificación y selección de las GPC que cumplían los criterios de inclusión, se procedió a su evaluación individual referente a su calidad ética (independencia e imparcialidad). Para ello, se utilizó el Instrumento AGREE II (*Appraisal of Guidelines Research and Evaluation; instrumento para la evaluación de la calidad de las GPC*)^(18,19).

El AGREE II se estructura en 6 Dominios y 23 ítems de valoración, cada uno de los cuales está graduado mediante una escala de 7 puntos (desde el 1 “Muy en desacuerdo” hasta el 7 “Muy de acuerdo”); siendo aplicable tanto a las GPC publicadas en papel como en soporte electrónico y validado tanto en España como a nivel internacional. Para este estudio sólo se hizo uso del Dominio 6 (Independencia Editorial), el cual valora que la formulación de las recomendaciones de la GPC no esté sesgada por conflictos de intereses; y para ello utiliza dos ítems específicos de valoración:

Ítem 22: Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía. Para su valoración se debía com-

probar si la GPC se desarrolló con financiación externa (fondos gubernamentales, asociaciones profesionales y/o científicas, ONG, industrias farmacéuticas, etc.). Observar si la financiación es total o parcial para el desarrollo completo de la GPC o para alguna de sus partes (para su impresión, edición, divulgación, etc.). Finalmente, el revisor debía valorar la existencia de una declaración explícita de que los puntos de vista o intereses de los financiadores no han influenciado las recomendaciones finales de la GPC.

Ítem 23: Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía. Todos los autores de la GPC están obligados a la declaración de intereses y aquellos miembros con intereses personales significativos potenciales (ej. grandes accionistas o representantes de una compañía farmacéutica que produce un medicamento relacionado con el tema de la guía, o que trabaja como consultor de dicha compañía) no deberían tomar parte en la elaboración de la GPC. El revisor debía valorar la existencia de la declaración explícita de todos los miembros del grupo elaborador de la GPC sobre la existencia (Descripción de los conflictos de interés y de cómo los conflictos de interés influyeron en el proceso de elaboración de la GPC y en el desarrollo de las recomendaciones), o no, de algún conflicto de interés.

El procedimiento de revisión sistemática consistió en una evaluación individual del Dominio 6 para cada una de las GPC seleccionadas, por 3 revisores con experiencia acreditada en el uso del instrumento AGREE. Todos los resultados obtenidos fueron tabulados según la fórmula de recuento del AGREE II y registrados en la versión electrónica, disponible en la página web del Consorcio AGREE.

Para determinar la calidad intra-guías, se procedió a clasificar cada GPC según el valor otorgado por los revisores a los 2 ítems estudiados, haciendo una ponderación por cociente de razón de variabilidad o, por defecto, por consenso entre grupo nominal, categorizándolas como: "Si cumple" (puntuación 7-6), "Cumple parcialmente" (puntuación 5-6) y "No cumple" (puntuación 1-3). También se tuvo muy en cuenta la distribución de los porcentajes, considerando los valores mayores o iguales al 75%, como de "si cumplimiento" y valores <50% como "No cumple".

La estadística realizada fue descriptiva (valores medios y porcentajes), en base a la fórmula matemática que incluye el instrumento AGREE II. La tabulación de los datos se realizó a través del programa EXCEL 2010 de Microsoft.

RESULTADOS

Atendiendo a la estrategia de búsqueda bibliográfica realizada, las GPC seleccionadas que cumplieron con todos los criterios de inclusión fueron 30 (5 nacionales y 25 internacionales).

En la tabla 1 se describen las 4 GPC localizadas sobre la psoriasis; en la tabla 2 se citan 2 GPC sobre radiodermatitis y radiodermatitis; en la tabla 3 se enumeran las 10 GPC sobre dermatitis atópica y/o eczema (se excluyeron las demás dermatitis); en la tabla 4 están las 5 GPC sobre quemaduras; y en la tabla 5 se identificaron 9 GPC que hacen referencia al melanoma y cáncer de piel no-melanoma

El coeficiente de variabilidad intra-observador fue $r=69$ para la valoración del ítem nº22; y de $r=94$ para el ítem nº23. Lo que constata que se ha alcanzado el consenso suficiente para dar fiabilidad a los datos obtenidos.

Los valores globales (%) obtenidos para cada una de las GPC, tras la evaluación AGREE II de los ítems nº22 (independencia editorial) y nº23 (conflicto de interés), quedan descritos en el **gráfico nº 1**.

Referente al ítem 22, el valor promedio alcanzado para todas las GPC fue del 50%, mientras que para el ítem 23 fue del 80%.

La evaluación general sobre la imparcialidad y credibilidad de las GPC, según el nivel de cumplimiento de los ítems evaluados y por tipo de GPC dermatológica, se puede ver en el **gráfico nº2**.

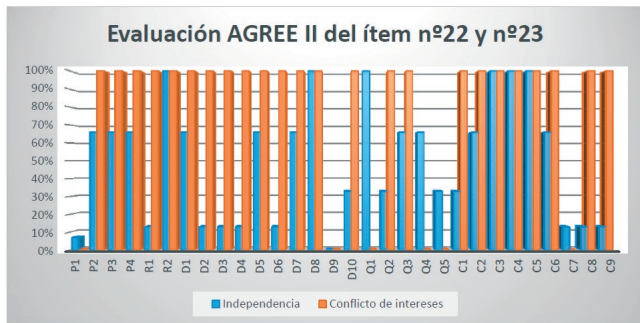
A nivel general, hemos podido observar que 14 GPC cumplieron muy bien con el dominio 6 (independencia editorial) del AGREE II; así mismo, otras 11 GPC lo cumplían de forma parcial y 5 no alcanzaron el nivel mínimo de cumplimiento.

Por otro lado, el 95% de los autores/revisores de GPC declararon no tener ningún conflicto de intereses y, del 5% que sí lo declararon; un 4,5% fueron de tipo personal (recibieron honorarios o financiación para acudir a congresos, etc.), y el resto (0,5%) de tipo no personal (recibieron una ayuda económica para la difusión de la GPC o

financiación para llevar a cabo investigación en su unidad/departamento de procedencia).

Referente a la independencia del editor/promotor, se observó un moderado porcentaje (66% de las GPC) que describían claramente cuál fue su fuente de financiación, y solamente un 13% de los editores declararon explícitamente no influir en la elaboración y/o recomendaciones de las GPC.

Gráfico nº1: Evaluación de los ítems 22 y 23 en GPC sobre dermatología.



Según el editor que publica la GPC dermatológica, las elaboradas por un organismo gubernamental fueron las que obtuvieron una mejor valoración del dominio 6 del AGREE II (83% de cumplimiento), seguida de un 57% de cumplimiento en las GPC publicadas por sociedades/organizaciones científicas.

Finalmente, atendiendo a la clasificación por tipo de lesión dermatológica; las GPC sobre neoplasias y radiodermatitis han resultado las mejor valoradas (sobre los ítems investigados), seguidas de las GPC sobre psoriasis y dermatitis atópica; quedando en último lugar las GPC sobre quemaduras.

DISCUSIÓN

Actualmente, identificar la autoría de las GPC y quien es el editor y/o promotor es fundamental para establecer las responsabilidades, solicitar información adicional y adjudicar méritos⁽⁵⁷⁾. La ausencia de este apartado puede reflejar varias deficiencias, tales como la existencia de intereses espurios (conflictos de intereses con ánimo de lucro), uso de una metodología sesgada o dirigida, inclusión de investigaciones encubiertas o, podría enmascarar la existencia de una financiación a un departamento o laboratorio específico.

Las GPC tienen por objetivo el proponer una serie de recomendaciones clínicas, diagnósticas y/o terapéuticas, que van influir (casi de manera obli-

Gráfico nº2: Independencia Editorial (Dominio 6 del AGREE II)

CÓDIGO	Valores medios		EVALUACIÓN (cumplimiento)
P1	4%	✘	No
P2	83%	✔	Si
P3	83%	✔	Si
P4	83%	✔	Si
R1	57%	⚠	Parcial
R2	100%	✔	Si
D1	83%	✔	Si
D2	57%	⚠	Parcial
D3	57%	⚠	Parcial
D4	57%	⚠	Parcial
D5	83%	✔	Si
D6	57%	⚠	Parcial
D7	83%	✔	Si
D8	100%	✔	Si
D9	0%	✘	No
D10	67%	⚠	Parcial
Q1	50%	⚠	Parcial
Q2	67%	⚠	Parcial
Q3	83%	✔	Si
Q4	33%	✘	No
Q5	17%	✘	No
C1	67%	⚠	Parcial
C2	83%	✔	Si
C3	100%	✔	Si
C4	100%	✔	Si
C5	100%	✔	Si
C6	83%	✔	Si
C7	7%	✘	No
C8	57%	⚠	Parcial
C9	57%	⚠	Parcial

gada) sobre las decisiones clínicas de muchos profesionales sanitarios. Es por ello, que los destinatarios potenciales de las GPC tienen por tanto el derecho a conocer, que relaciones mantienen los autores y/o revisores, que elaboraron la GPC, con la industria de la salud (farmacéutica u otras tecnologías sanitarias); siendo esto, como una manera de intentar garantizar la independencia y la transparencia en su desarrollo⁽⁵⁸⁾.

Para poder contrastar y evidenciar de forma objetiva la presencia de una independencia editorial y declaración de intereses se utiliza a nivel mundial el criterio (Dominio 6) propuesto por el Instrumento AGREE II, utilizado sistemáticamente para evaluar la independencia editorial de la GPC. Sin embargo, para que este criterio se cumpla plena-

mente, la GPC debe mencionar la declaración de los intereses de autores y revisores y cómo se han recogido; así como, la fuente de financiación y/o que la editorial manifieste que no ha influido en la elaboración de la misma.

Diversos estudios, sobre las evaluaciones de este apartado (Dominio 6: independencia editorial) en GPC nacionales manifiestan que todavía es un procedimiento al que se le presta poca atención en la etapa de elaboración de la GPC y que por tanto debe mejorarse⁽⁵⁸⁻⁶⁰⁾. Actualmente, con la publicación de la versión 2ª del AGREE, y la publicación de GPC de nueva generación se ha ido mejorando este apartado.

Del mismo modo, los resultados observados en relación al conflicto de intereses e independencia editorial, en nuestro estudio sobre GPC de lesiones dermatológicas, están en la misma línea

que de otras investigaciones sobre GPC similares relacionadas con el deterioro de la integridad cutánea y tisular⁽⁶¹⁻⁶²⁾.

Aun así, a tenor de nuestra experiencia, consideramos que la evaluación del ítem 22 (independencia editorial) es el que menos se cumple y el más difícil de valorar por los revisores de GPC ya que; los puntos de vista de la entidad financiadora, generalmente, no aparecen como una declaración explícita y/o concisa a la hora de manifestar su influencia en el resultado final de las recomendaciones de la GPC; como propone el AGREE II.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores de este estudio declaramos no tener ningún conflicto de intereses y que tampoco hemos recibido ningún apoyo económico para llevar a cabo esta investigación.

Tabla 1: GPC sobre Psoriasis

CÓDIGO	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA	NACIONALIDAD	AÑO
P1	Malaysian Clinical Practice Guideline for the Management of Psoriasis Vulgaris: Summary of Recommendations for Management in Primary Healthcare Setting ⁽²⁰⁾	Malasia	2014
P2	Guía de Práctica Clínica: Tratamiento Farmacológico para pacientes adultos con Psoriasis en Placas ⁽²¹⁾	México	2013
P3	Psoriasis. Assessment and Management of Psoriasis. Clinical Guideline ⁽²²⁾	Reino Unido	2012
P4	Guidelines of Care for the Management of Psoriasis and Psoriatic Arthritis ⁽²³⁾	EE.UU	2011

Tabla nº2: GPC sobre Radiodermatitis/Radiodermatitis

CÓDIGO	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA	NACIONALIDAD	AÑO
R1	Clinical practice guidelines for the prevention and treatment of acute and late radiation reactions from the MASCC Skin Toxicity Study Group ⁽²⁴⁾	Canadá (multinacional)	2013
R2	Guía de Práctica Clínica: Prevención y Tratamiento de Radiodermatitis Aguda ⁽²⁵⁾	México	2013

Tabla 3: GPC sobre Dermatitis/Eczema

CÓDIGO	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA	NACIONALIDAD	AÑO
D1	Guía de Práctica Clínica. Tratamiento de la Dermatitis Atópica ⁽²⁶⁾	México	2014
D2	Atopic Dermatitis Guideline. Position Paper from the Latin American Society of Allergy, Asthma and Immunology ⁽²⁷⁾	Latinoamérica	2014
D3	Japanese Guideline for Atopic Dermatitis 2014 ⁽²⁸⁾	Japón	2014
D4	Guidelines of Care for the Management of Atopic Dermatitis. Section 1-4 ⁽²⁹⁻³²⁾	EE.UU	2014
D5	Consenso Nacional de Dermatitis Atópica 2013 ⁽³³⁾	Argentina	2013
D6	Consensus Guidelines for the Management of Atopic Dermatitis: An Asia-Pacific Perspective ⁽³⁴⁾	Asia-Pacífico	2013
D7	Clinical Management of Atopic Dermatitis: Practical Highlights and Updates from the Atopic Dermatitis Practice Parameter 2012. ⁽³⁵⁾	EE.UU	2012
D8	Management of Atopic Eczema in Primary Care ⁽³⁶⁾	Escocia (Reino Unido)	2011
D9	Guía de Tratamiento de la Dermatitis Atópica en el Niño. ⁽³⁷⁾	España	2011
D10	Guideline on the Treatment of Atopic Eczema (Atopic Dermatitis) ⁽³⁸⁻⁴⁰⁾	Europa	2011

Tabla nº4: GPC sobre Quemaduras

CÓDIGO	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA	NACIONALIDAD	AÑO
Q1	International Best Practice Guidelines: Effective Skin and Wound Management of Non-Complex Burns ⁽⁴¹⁾	Reino Unido	2014
Q2	Provincial Clinical Practice Guidelines for the Management of Major Burn Trauma ⁽⁴²⁾	Canadá	2012
Q3	Guía de Práctica Clínica para el Cuidado de Personas Que Sufren Quemaduras ⁽⁴³⁾	España	2011
Q4	Clinical Practice Guidelines: Burn Patient Management ⁽⁴⁴⁻⁴⁶⁾	Australia	2011
Q5	European Practice Guidelines for Burn Care ⁽⁴⁷⁾	Holanda	2011

Tabla nº5: GPC sobre Cáncer cutáneo, melanoma y no melanoma

CÓDIGO	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA	NACIONALIDAD	AÑO
C1	Cutaneous melanoma: ESMO (European Society For Medical Oncology) Clinical Practice Guidelines ⁽⁴⁸⁾	Europa	2015
C2	Guía de Práctica Clínica para el Cuidado de Personas con Úlceras Neoplásicas ⁽⁴⁹⁾	España	2015
C3	Melanoma: Assessment and Management ⁽⁵⁰⁾	Reino Unido	2015
C4	Management of Primary Cutaneous Squamous Cell Carcinoma. A National Clinical Guideline ⁽⁵¹⁾	Escocia Reino Unido	2014
C5	Guía de práctica clínica con evaluación económica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer de piel no melanoma: carcinoma escamoce-lular de piel ⁽⁵²⁾	Colombia	2014
C6	Prevention of Skin Cancer. Clinical Practice Guideline ⁽⁵³⁾	Canadá	2013
C7	Melanoma Cutáneo. Guía Clínica Práctica ⁽⁵⁴⁾	España	2012
C8	Guidelines of Care for the Management of Primary Cutaneous Melanoma ⁽⁵⁵⁾	EE.UU	2011
C9	Updated Swiss guidelines for the treatment and follow-up of cutaneous melanoma ⁽⁵⁶⁾	Suiza	2011

BIBLIOGRAFÍA

1. Eddy DM. Clinical decision making: from theory to practice. Practice policies–guidelines for methods. *JAMA*. 1990;263(13):1839-41.
2. Eddy DM. Clinical decision making: from theory to practice. Guidelines for policy statements: the explicit approach. *JAMA*. 1990;263(16):2239-43.
3. Audet AM, Greenfield S, Field M. Medical practice guidelines: current activities and future directions. *Ann Intern Med*. 1990;113(9):709-14.
4. Institute of Medicine (US) Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines, Field MJ, Lohr KN, editores. *Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program* [Internet]. Washington (DC): National Academies Press (US); 1990.
5. Grupo de Trabajo sobre GPC. Elaboración de guías de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual metodológico. Madrid: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (I+CS); 2007.
6. Institute of Medicine (US) Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines. *Clinical Practice Guidelines We Can Trust* [Internet]. Graham R, Mancher M, Miller Wolman D, Greenfield S, Steinberg E, editores. Washington (DC): National Academies Press (US); 2011.
7. GuíaSalud. Definición actualizada de Guías de Práctica Clínica (GPC) [página web]. guiasalud.es; 2014.
8. Casariego E, Briones E, Costa C. ¿Qué son y para qué sirven las GPC? [Internet]. 2012 [citado 20 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/mas-sobre-guias/que-son-y-para-que-sirven-las-gpc/>
9. García-Gutiérrez JF. Guías de Práctica Clínica: ¿están basadas en la evidencia? [Internet]. 2008 [citado 20 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.infodoctor.org/bandolera/b102s-2.html>
10. González-Gutián C, Sobrido-Prieto C. Bases de datos de guías de práctica clínica. *El profesional de la información*. 2006;15(4):297-302.
11. Bonfill X, Marzo M. Guías de Práctica Clínica: Tenerlas, que Sean de Calidad y que Salgan del Armario. *Med Clínica*. 2003;120(13):496-7.
12. Rico Iturrioz R, Gutiérrez-Ibarluzea I, Asua Batarrita J, Navarro Puerto M, Reyes Domínguez A, Marín León I, et al. Valoración de Escalas y Criterios para la Evaluación de Guías de Práctica Clínica. *Rev Esp Salud Pública*. 2004;78(4):457-67.
13. Shiffman RN, Shekelle P, Overhage JM, Slutsky J, Grimshaw J, Deshpande AM. Standardized Reporting of Clinical Practice Guidelines: A Proposal from the Conference on Guideline Standardization. *Ann Intern Med*. 2003;139(6):493-8.
14. Cal Purriños N, Martínez Ques AA. El conflicto de interés en la investigación biomédica: aspectos éticos y legales. *Ética de los Cuidados*. [internet]. 2014; 7(13). [citado 20 de julio de 2015]. Disponible en: <http://www.index-f.com/eticuidado/n13/et1301.php>
15. Guerrero P. [Editorial]. Revistas médicas y conflictos de intereses con la industria farmacéutica. *Rev Neurol*. 2004; 38(1): 1-2.
16. Lama Toro A. El médico y los conflictos de intereses. *Rev Méd Chile*. 2003; 131: 1463-8.
17. Reyes BH, Palma H, Andersen H. Conflicto de intereses en la comunicación científica. *Rev Perú Reum*. 2006; 12(1): 31-4.
18. Consorcio AGREE. Instrumento AGREE II. Instrumento para la Evaluación de Guías de Práctica Clínica. [En línea]: GuíaSalud. AGREE Trust; 2009.
19. The AGREE Next Steps Consortium. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II. AGREE II Instrument. Update. Canada: The AGREE Research Trust; 2013.
20. Choon SE, Chan LC, Choon SE, Jamil A, Chin CL, Cheng CH, et al. Malaysian Clinical Practice Guideline for the Management of Psoriasis Vulgaris: Summary of Recommendations for Management in Primary Healthcare Setting. *Malays Fam Physician*. 2014; 9(1):16-21.
21. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC). Guía de Práctica Clínica: Tratamiento Farmacológico para pacientes adultos con Psoriasis en Placas. (México): CENETEC. Secretaría de Salud; 2013.
22. National Clinical Guideline Centre (NCGC), editor. Psoriasis. Assessment and management of psoriasis. Clinical Guideline. London (UK): Published by the National Clinical Guideline Centre at The Royal College of Physicians; 2012.
23. Menter A, American Academy of Dermatology. Guidelines of Care for the Management of Psoriasis and Psoriatic Arthritis Section 6. Guidelines of care for the treatment of psoriasis and psoriatic arthritis: Case-based presentations and evidence-based conclusions. *J Am Acad Dermatol*. 2011; 65: 137-74.
24. Wong R, Bensadoun RJ, Boers-Doets CB, Bryce J, Chan A, Epstein JB, Eaby-Sandy B, Lacouture ME. Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Treatment of Acute and Late Radiation Reactions from the MASCC Skin Toxicity Study Group. *Supportive Care in Cancer*. 2013; 21(10):2933-48.
25. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Guía de Práctica Clínica. Prevención y Tratamiento de Radiodermatitis Aguda. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); 2013.
26. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Guía de Práctica Clínica Tratamiento de la Dermatitis Atópica. México: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); 2014.
27. Sánchez J, Páez B, Macías A, Olmos C, De Falco A. Atopic Dermatitis Guideline. Position Paper from the Latin American Society of Allergy, Asthma and Immunology. *Revista Alergia México*. 2014; 61:178-211.
28. Katayama I, Kohno Y, Akiyama K, Aihara M, Kondo N, Saeki H, Shoji S, Yamada H, Nakamura K; Japanese Society of Allergology. Japanese Guideline for Atopic Dermatitis 2014. *Allergol Int*. 2014; 63(3):377-98.
29. American Academy of Dermatology. Guidelines of Care for the Management of Atopic Dermatitis. Section 1. Diagnosis and assessment of atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol*. 2014; 70:338-51.
30. American Academy of Dermatology. Guidelines of Care for the Management of Atopic Dermatitis. Section 2. Management and treatment of atopic dermatitis with topical therapies. *J Am Acad Dermatol*. 2014; 71: 116-32.
31. American Academy of Dermatology. Guidelines of Care for the Management of Atopic Dermatitis. Section 3. Management and treatment with phototherapy and systemic agents. *J Am Acad Dermatol*. 2014; 71: 116-32.
32. American Academy of Dermatology. Guidelines of Care for the Management of Atopic Dermatitis. Section 4. Prevention of disease flares and use of adjunctive therapies and approaches *J Am Acad Dermatol*. 2014; 71(6): 1218-33.
33. Comité Nacional de Dermatología. Consenso Nacional de Dermatitis Atópica 2013. Argentina: Sociedad Argentina de Pediatría; 2013.
34. Rubel D, Thirumoorthy T, Soebaryo RW, Weng S, Gabriel T, VillafuerteL, Chu CY, Dhar S, Parikh D, Wong LCH, Lo KK, Asia–Pacific Consensus Group for Atopic Dermatitis. Consensus Guidelines for the Management of Atopic Dermatitis: An Asia–Pacific Perspective. *Journal of Dermatology*. 2013; 40(3):160-71.

35. Lio PA, et al; Joint Task Force on Practice Parameters and represents the American Academy of Allergy, Asthma & Immunology (AAAAI); the American College of Allergy, Asthma & Immunology (ACAAI); and the Joint Council of Allergy, Asthma & Immunology. Clinical Management of Atopic Dermatitis: Practical Highlights and Updates from the Atopic Dermatitis Practice Parameter 2012. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2014; 2(4): 361-369.
36. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of Atopic Eczema in Primary Care. A National Clinical Guideline. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2011.
37. Martín-Mateos MA, editor. Guía de Tratamiento de la Dermatitis Atópica en el Niño. Documento de Consenso. Madrid: Ergón; 2011.
38. Subcommittee "Atopic Eczema" of the European Dermatology Forum Guideline on the Treatment of Atopic Eczema (Atopic Dermatitis). Germany: European Dermatology Forum (EDF), and the European Academy of Dermato-Venereology (EADV), and European Federation of Allergy (EFA), and the European Society of Pediatric Dermatology (ESPD); 2011.
39. Ring J, Alomar A, Bieber T, et al; European Dermatology Forum (EDF); European Academy of Dermatology and Venereology (EADV); European Federation of Allergy (EFA); European Task Force on Atopic Dermatitis (ETFAD); European Society of Pediatric Dermatology (ESPD); Global Allergy and Asthma European Network (GA2LEN). Guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) part I. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2012;26(8):1045-60.
40. Ring J, Alomar A, Bieber T, et al; European Dermatology Forum (EDF); European Academy of Dermatology and Venereology (EADV); European Federation of Allergy (EFA); European Task Force on Atopic Dermatitis (ETFAD); European Society of Pediatric Dermatology (ESPD); Global Allergy and Asthma European Network (GA2LEN). Guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) part II. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2012; 26(9):1176-93.
41. Wounds International. International Best Practice Guidelines: Effective Skin and Wound Management of Non-Complex Burns. London (UK): Wounds International; 2014.
42. Gregory S, Sweet D, Vu E, Finlayson G, Brown R, Ritchie A, et al. Provincial Clinical Practice Guidelines for the Management of Major Burn Trauma. *BC Medical Journal*. 2012; 54(9):456-64.
43. García-Aguilar RA, Díaz-Borrego Horcajo J, editores. Guía de Práctica Clínica para el Cuidado de Personas Que Sufren Quemaduras. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2011.
44. ACI Statewide Burn Injury Service. Clinical Practice Guidelines: Burn Patient Management. Chatswood (Sidney): Agency for Clinical Innovation (ACI); 2011.
45. ACI NSW Statewide Burn Injury Service Clinical Practice Guidelines Nutrition Burn Patient Management. Chatswood (Sidney): Agency for Clinical Innovation (ACI); 2011.
46. ACI NSW Statewide Burn Injury Clinical Practice Guidelines Speech Pathology Burn Patient Management. Chatswood (Sidney): Agency for Clinical Innovation (ACI); 2011.
47. Brychta P, Magnette A, PAM Committtee of European Burns Association, editores. European Practice Guidelines for Burn Care. Netherlands: European Burns Association (EBA); 2011.
48. Dummer R, Hauschild A, Lindenblatt N, Pentheroudakis G, Keilholz U. Cutaneous melanoma: ESMO (European Society For Medical Oncology) Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol*. 2015; 26 (suppl 5): v126-v132.
49. Cañadas Núñez F, Pérez Santos, editores Guía de Práctica Clínica para el Cuidado de Personas con Úlceras Neoplásicas. Andalucía: Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, Complejo Hospitalario Torrecárdenas de Almería. Junta de Andalucía; 2015.
50. National Collaborating Centre for Cancer. Melanoma: Assessment and Management. London (UK): National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2015.
51. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of Primary Cutaneous Squamous Cell Carcinoma. A National Clinical Guideline. Revised. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2014.
52. Sánchez Vanegas G, Buitrago García DC, editores. Guía de práctica clínica con evaluación económica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer de piel no melanoma: carcinoma escamocelular de piel. Bogotá (Colombia): COLCIENCIAS, Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud); 2014.
53. Alberta Provincial Cutaneous Tumour Team. Prevention of Skin Cancer. Clinical Practice Guideline. Edmonton (Alberta, Canada): Cancer Control Alberta; 2013.
54. Martínez Escribano J, Piñeiro Madrona A, De Torre Minguela C, Ródenas López JM, editores. Melanoma Cutáneo. Guía Clínica Práctica. Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social. Servicio Murciano de Salud; 2012.
55. American Academy of Dermatology. Guidelines of Care for the Management of Primary Cutaneous Melanoma. *J Am Acad Dermatol*. 2011; 65(5):1032-47.
56. Dummer R, Guggenheim M, Arnold AW, Brauna R, von Moosd R. Updated Swiss Guidelines for the Treatment and Follow-up of Cutaneous Melanoma. *Swiss Med Wkly*. 2011; 141: w13320 (1-7).
57. Rico Iturrioz R, Gutiérrez-Ibarluzea I, Asua Batarrita J, Navarro Puerto MA, Reyes Domínguez A, Marín León I, Briones Pérez de la Blanca E. Valoración de Escalas y Criterios para la Evaluación de Guías de Práctica Clínica. *Rev Esp Salud Pública*. 2004; 78: 457-67.
58. Rotaache R, Etxeberria A, Gracia J. Composición y Funcionamiento del Grupo Elaborador de la GPC. En: Grupo de Trabajo sobre GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Madrid: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (I+CS); 2007. p. 23-25.
59. Navarro Puerto MA, Ruiz Romero F, Reyes DA, Gutierrez-Ibarluzea I, Hermosilla Gago T, Alonso Ortiz del Río C, et al. ¿Las Guías que nos Guían son Fiables? Evaluación de las Guías de Práctica Clínica Españolas. *Rev Clin Esp*. 2005; 205(11): 533-40.
60. Briones E, Vidal S, Navarro MA, Marín I. Conflicto de Intereses y Guías de Práctica Clínica en España. *Med Clin (Barc)*. 2006; 127(16): 634-5.
61. Hernández Martínez-Esparza E. Evaluación de las Guías de Práctica Clínica Españolas sobre Úlceras por Presión en Cuanto a su Calidad, Grado de Evidencia de sus Recomendaciones y su Aplicación en los Medios Asistenciales [Tesis Doctoral]. Alicante: Universidad de Alicante; 2012.
62. Rumbo-Prieto JM. Valoración AGREE II de las Guías de Práctica Clínica españolas sobre Deterioro de la Integridad Cutánea y Tisular. *Enferm Dermatol*. 2015; 9 (25): 66-8.

TRATAMIENTO DE UN TATUAJE CON COLONIZACIÓN CRÍTICA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

CASE TREATMENT OF A TATTOO WITH CRITICAL COLONIZATION. ABOUT TO A CLINIC CASE

Autor: Javier Sánchez Gálvez

Máster Universitario en Deterioro de la Integridad Cutánea, Úlceras y Heridas.
Enfermero. Policlínica Virgen de los Dolores, Cartagena (Murcia).

Contacto: javier.sg.ct@gmail.com

Fecha de recepción: 02/11/2015
Fecha de aprobación: 24/11/2015

Este trabajo fue reconocido con un PREMIO al RECONOCIMIENTO INVESTIGADOR en el XIII Congreso Nacional de Enfermería Dermatológica, celebrado en Ferrol (22-23 octubre de 2015).

RESUMEN

Presentación de un caso clínico característico de cómo aplicar los conceptos de control de la inflamación y de la infección en un tatuaje con sobrecarga bacteriana, en la extremidad inferior de un varón de 30 años. Abordaje y tratamiento inicial combinando un apósito de plata nanocristalina, un apósito de hidrogel en malla y un apósito secundario hidrocélular adhesivo. Remisión satisfactoria de la infección a los 6 días de tratamiento.

Palabras clave: infección, carga bacteriana, apósito de plata, tatuaje

ABSTRACT

Presentation of a clinical case characteristic of how to apply the concepts of control of inflammation and infection in a tattoo with bacterial overload, in the lower leg of a man 30 years old. Management and initial treatment combining a silver nanocrystalline dressing, a dressing of hydrogel in mesh and a secondary dressing hydrocellular adhesive. Satisfactory remission of infection to the 6 days of treatment.

Keywords: infection, bacterial load, silver dressing, tattoo

INTRODUCCIÓN

Los tatuajes son una moda cada vez más común en nuestra sociedad. Una de las complicaciones que podemos encontrar son las infecciones localizadas⁽¹⁻³⁾, normalmente debidas a las condiciones higiénicas en las que se realiza el tatuaje o a unos deficientes cuidados posteriores.

El caso clínico que se presenta tiene por objetivo mostrar cómo aplicar los conceptos de control de la inflamación y de la infección, propios de la preparación del lecho de la herida, en un tatuaje con una sobrecarga bacteriana. Se consideraron objetivos secundarios: el disminuir la carga bacteriana en la lesión y evitar el desprendimiento de la tinta del tatuaje.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 30 años portador de varios tatuajes que, a las 48h de haberse realizado un tatuaje, localizado anatómicamente en la cara externa del tercio distal de la extremidad inferior derecha, empezó a manifestar prurito intenso, dolor y exudado purulento con mal olor; síntomas éstos que anteriormente no había padecido con la realización de los otros tatuajes.

Tras recibir el aviso en el Servicio de Enfermería Domiciliaria, se le prestó asistencia ambulatoria en su domicilio, observándose "in situ" que la zona tatuada presentaba signos propios de colonización crítica de posible origen bacteriano (Imágenes 1 y 2), con riesgo de progresión a infección inminente.

En esos momentos, el paciente se encontraba afebril y a tratamiento con antiinflamatorios (ibuprofeno) cada 8 horas, indicado desde la realización del tatuaje (pautado por el tatuador, como medida preventiva).

Además de la sintomatología clínica, el sujeto mostraba una fuerte preocupación por la posibilidad de tener que perder el tatuaje (la imagen del tatuaje presentaba zonas en las que la tinta se había rechazado).



Imagen 1 - Aspecto inicial de la zona tatuada.

Como abordaje y tratamiento inicial se opta por un control de la inflamación y de la infección de la lesión (tatuaje), combinando un apósito de plata nanocrystalina^(Imagen 3), un apósito de hidrogel en malla y un apósito secundario hidrocélular adhesivo^(Imagen 4).

Para la piel perilesional se aplicó una película de barrera protectora no irritante en aerosol.

A las 72 horas de realizada la cura, se revisa la lesión observando ausencia de olor y exudado^(Imagen 5). El paciente manifiesta ausencia de dolor y picor.

La lesión presenta argiria a causa de la descarga de plata del apósito. Se mantiene la cura solo con un apósito hidrocélular adhesivo, por un periodo de tiempo de otras 72 horas.

Transcurridos los 3 días de tratamiento (en total 6 días desde la primera cura), el aspecto de la lesión es de normalidad^(Imagen 6), no observándose pérdida significativa de la tinta del tatuaje^(Imagen 7).

Desde ese momento, el paciente retoma, por iniciativa propia, la pauta de cuidados instaurada por su tatuador (lavado con agua fría y jabón 3 veces al día y aplicación frecuente de vaselina).



Imagen 2 - Colonización bacteriana crítica.



Imagen 3 - Aplicación del apósito de plata.



Imagen 4 - Apósito hidrocélular aplicado.



Imagen 5 - Aspecto de la lesión al cabo de 72 horas..

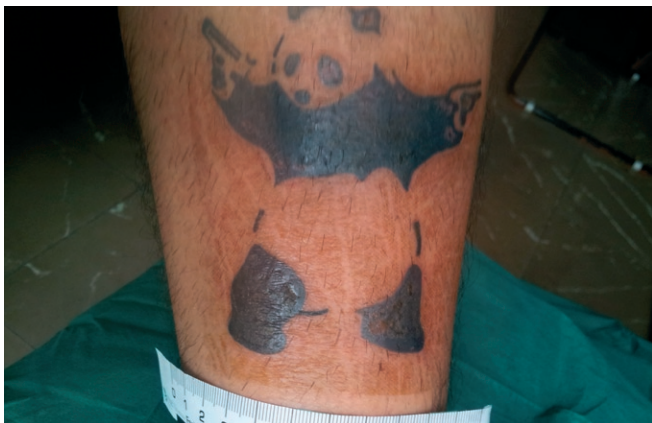


Imagen 6 - Remisión de la infección.



Imagen 7 - Aspecto final de la tinta del tatuaje.

CONCLUSIÓN

En este caso, la aplicación de plata nanocristalina en contacto directo con la lesión, en línea con las recomendaciones internacionales^(4,5), demostró ser una buena práctica clínica para evitar una mayor pérdida de la tinta tatuada derivada de un aumento crítico de la carga bacteriana.

En base a la experiencia descrita, se puede concluir que en este caso, el adecuado abordaje y control de la carga bacteriana de un tatuaje con colonización crítica, mediante el empleo y seguimiento de los conceptos de cura en ambiente húmedo para la preparación del lecho de la herida, permitió conseguir una evolución de la lesión de manera rápida y eficiente, tanto para la comodidad y seguridad del paciente, como para la buena práctica del profesional.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Fornes B, Díez P, Sierra C. Complicaciones y cuidados de los piercings y los tatuajes. *Enferm Dermatol.* 2011; 5(13-14): 22-8.
2. Parra Ordóñez S. Tatuajes: riesgos de su aplicación y consecuencias en los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos. [Tesis de grado]. Valladolid: Universidad de Valladolid. Facultad de Enfermería de Valladolid; 2015.
3. Kluger N. Acute complications of tattooing presenting in the ED. *Amer J Emerg Med.* 2012; 30(9): 2055-63.
4. European Wound Management Association (EWMA). Position Document: Identifying criteria for wound infection. London: MEP Ltd; 2005.
5. International consensus. Appropriate use of silver dressings in wounds. An expert working group consensus. London: Wounds International; 2012.

MOLUSCO CONTAGIOSO. A PROPÓSITO DE UN CASO EN PACIENTE INFANTIL

MOLLUSCUM CONTAGIOSUM. A REPORT ON A CHILD PATIENT CASE

Autores: Alicia Caamaño Dosil⁽¹⁾, Benigno Monteagudo Sánchez⁽²⁾, Javier Pérez Valcárcel⁽³⁾, Abián Mosquera Fernández⁽⁴⁾

(1) Grado en Podología. Universidade da Coruña.

(2) Licenciado en Medicina y Cirugía. Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

(3) Licenciado en Medicina y Cirugía. Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

(4) Profesor contratado Doctor. Departamento de Ciencias de la Salud. Facultad de Enfermería y Podología. Universidade da Coruña.

Contacto: aliciadosil@gmail.com

Fecha de recepción: 09/10/2015
Fecha de aprobación: 04/11/2015

RESUMEN

En este artículo se muestra el caso de una niña de 6 años de edad que presenta moluscos contagiosos en las extremidades inferiores destacando los hallazgos clínicos y dermatoscópicos característicos de este proceso y su tratamiento. Se trata de una patología especialmente frecuente en niños en la que la dermatoscopia como técnica no invasiva, facilita su diagnóstico al igual que en otros procesos infecciosos. La sintomatología clínica y las pruebas de imagen constituyen la base del diagnóstico. El tratamiento de elección consiste en su completa escisión quirúrgica.

Palabras clave: dermatitis atópica, enfermedad de vrices, molusco contagioso, infancia.

ABSTRACT

In this article a clinical case of a 6-year-old girl showing molluscum contagiosum in the lower extremities is displayed highlighting clinical and dermatoscopic findings of this disorder and its treatment. It is a particularly common condition in children in which dermoscopy as a non-invasive technique facilitates its diagnosis as in other infectious diseases. Clinical symptoms and imaging tests are basic for diagnosis. The treatment of choice consists of its complete surgical removal.

Keywords: atopic dermatitis, virus disease, molluscum contagiosum, childhood.

INTRODUCCIÓN

El molusco contagioso es una enfermedad cutánea de origen vírico causada por un virus perte-

ciente al grupo de los poxvirus (molluscipoxvirus). El contagio de este virus está asociado a factores como el calor, la humedad ambiental y la mala higiene, pudiendo transmitirse por autoinoculación, de una persona a otra, por contacto sexual o a través de objetos contaminados.

Afecta especialmente a niños (sobre todo a afectados de dermatitis atópica y usuarios de piscina), personas inmunodeprimidas y adultos (a menudo como infección de transmisión sexual)⁽¹⁻³⁾.

En la infancia, la prevalencia de esta infección se encuentra entre el 5,1% y el 11,5%, con una mayor incidencia a los 1-4 años de edad⁽⁴⁾. En nuestro país los moluscos contagiosos son motivo de consulta dermatológica en el 8,4% de los pacientes menores de 16 años⁽⁵⁾. Suele presentarse bajo la forma de lesiones papulosas, umbilicadas, de menos de 4 mm de diámetro con un color parecido al de la piel o translúcidas. La cara flexora de las extremidades y el tronco son las localizaciones más frecuentes en la infancia, aunque también es habitual la afectación del área genital en adultos y el área facial en inmunodeprimidos^(1,3).

En el caso de los niños, mientras persisten las lesiones, este proceso infeccioso obliga a suspender ciertas actividades como la piscina o los deportes de contacto. En un tercio de los casos les genera prurito y no es excepcional la aparición de una reacción eczematosa alrededor de los moluscos o complicaciones como la sobreinfección bacteriana⁽³⁾.

Su diagnóstico es fundamentalmente clínico. A este respecto, la dermatoscopia muestra una es-

estructura lobulada con un poro central en el que hay material amorfo polilobular y vasos periféricos. Ocasionalmente es preciso recurrir a la citología o al estudio histopatológico. El diagnóstico diferencial incluye cuadros tan variados como procesos víricos (verrugas vulgares), el síndrome de Gianotti-Crosti, eczema herpético, eczema papuloso de la dermatitis atópica, xantogranuloma juvenil o el granuloma anular papuloso^(2,6).

En este artículo se muestra el caso de una niña de 6 años de edad que presenta moluscos contagiosos en las extremidades inferiores destacando los hallazgos clínicos y dermatoscópicos característicos de este proceso y su tratamiento.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Antecedentes.

Niña de 6 años de edad con el antecedente personal de dermatitis atópica moderada desde los 2 años a tratamiento con corticoides tópicos de mediana potencia y emolientes, que es remitida a consultas externas de Dermatología del Hospital Naval de Ferrol (Área Sanitaria de Ferrol) en noviembre de 2014 por la presencia, desde hace 2 meses, de lesiones pruriginosas en piernas.

A la exploración física se evidenciaron varias pápulas umbilicadas de menos de 0,5 cm de diámetro localizadas sobre una zona eczematosa en los huecos poplíteos^(Imagen 1).

En la dermatoscopia (Dermatoscopio DermLite II Pro) se apreció un orificio central y en la periferia vasos puntiformes^(Figura 2).

Se realizó curetaje de las lesiones cuyo estudio histopatológico mostró una lesión en forma de lóbulos endofíticos de epitelio escamoso con cuerpos de molluscum madurando hacia la superficie^(imágenes 3 y 4), confirmando así el diagnóstico de presunción, de molusco contagioso. Posteriormente se le indicó que realizara limpieza diaria con agua y jabón de las lesiones tratadas y aplicación de mupirocina tópica durante una semana.

DISCUSIÓN

Dado que el molusco contagioso constituye un proceso autolimitado, en ocasiones se tiende a la abstención terapéutica. Sin embargo, es conveniente señalar que la resolución espontánea puede tardar años facilitando el contagio y la po-



Imagen 1 - Aspecto de las lesiones sobre los huecos poplíteos.



Imagen 2 - Imagen dermatoscópica.

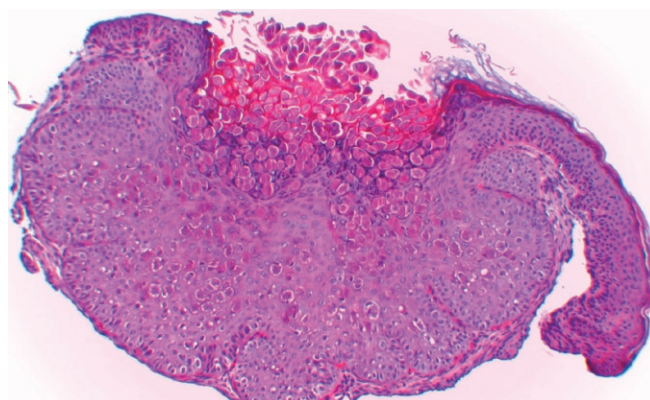


Imagen 3 - Imagen histopatológica (hematoxilina-eosina x40s).

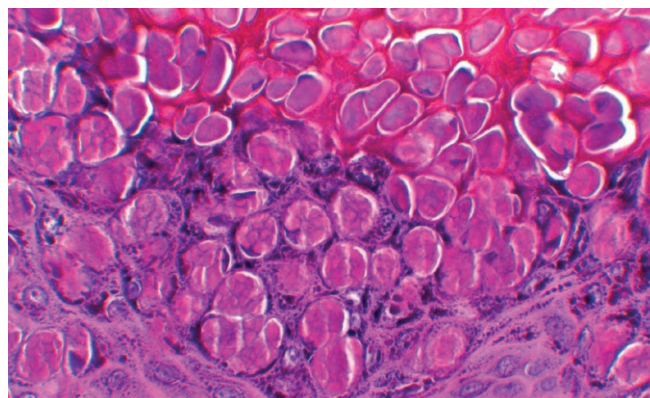


Imagen 4 - Cuerpos de molluscum ocupando casi la totalidad de cada célula infectada (hematoxilina-eosina x100)

sibilidad de generar complicaciones como inflamación, abscesos, impetiginización o cicatrices.

La elección del tratamiento variará en función de las características del paciente, del número y localización de las lesiones e incluso de la experiencia del clínico.

En la práctica diaria, la técnica más utilizada es el curetaje de la lesión (previa anestesia tópica para minimizar el dolor) y la aplicación de hidróxido potásico.

Existe además un amplio abanico de tratamientos tópicos que generan una respuesta inflamato-

ria local como la cantaridina y el ácido salicílico; agentes modificadores de la respuesta inmunitaria (imiquimod y cidofovir); y tratamientos físicos⁽⁷⁻⁹⁾, como la criocirugía, la laserterapia y la terapia fotodinámica.

Como medida de prevención debe evitarse el contacto físico con individuos infectados⁽¹⁰⁾.

Como conclusión, advertir de que el molusco contagioso representa una infección vírica frecuente en la práctica clínica diaria, que debe ser diagnosticado y tratado para evitar la diseminación y el contagio a otras personas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Monteagudo B, Cabanillas M, León-Muiños E, Suárez-Amor O, Vázquez-Blanco M, Corrales A. Molusco contagioso: ¿Cuándo debería iniciarse el tratamiento? *Acta Pediatr Esp.* 2010; 68(2): 91-4.
2. Ferrándiz Pulido C, Ferrándiz C. Molluscum contagiosum. *Piel.* 2010; 25:203-10.
3. Monteagudo B, Cabanillas M, Acevedo A, de las Heras C, Pérez-Pérez L, Suárez-Amor O, Ginarte M. Molusco contagioso: estudio descriptivo. *An Pediatr.* 2010; 72:139-42.
4. Olsen JR, Gallacher J, Piquet V, Francis NA. Epidemiology of molluscum contagiosum in children: a systematic review. *Fam Pract.* 2014; 31:130-6.
5. Casanova JM, Sanmartín V, Soria X, Baradad M, Martí RM, Font A. Dermatitis infantiles en la consulta de Dermatología de un hospital general universitario en España. *Actas Dermosifiliogr.* 2008; 99:111-8.
6. Vacas del Arco B. Molusco contagioso. *FMC.* 2010; 17:141.
7. Sandoval Mayén P, Quiñones Venegas R, Ferrusco Ontiveros MR, González RA, Mayorga Rodríguez JA. Hallazgos dermatoscópicos de molusco contagioso en pacientes del Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio, atendidos de diciembre de 2011 a enero de 2012. *Dermatol Rev Mex.* 2012; 56:162-6.
8. Godoy Gijón E, Fraile Alonso M, de Unamuno Pérez P. Molluscum contagiosum: valoración terapéutica. *FMC.* 2009; 16:627-33.
9. Monteagudo B, Cabanillas M, Acevedo A, de las Heras C, Suárez-Amor O, Ramírez-Santos A, Labandeira J. Tratamiento mediante curetaje de moluscos contagiosos: estudio descriptivo. *Actas Dermosifiliogr.* 2011; 102:157-8.
10. Allevato MA. Molusco contagioso. *Act Terap Dermatol.* 2004; 27: 50.

COMUNICACIONES ORALES DEL XIII CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA DERMATOLÓGICA

¿CÓMO DE SUCIA ESTÁ LA PIEL DE NUESTRAS MANOS?

Autores: Rumbo-Prieto JM, Cortizas-Rey JS, Arantón-Areosa L, Pita-Miño P.

Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.
Gerencia de Gestión Integrada de Ferrol.

Contacto: jmrumbo@gmail.com

OBJETIVO

Cuantificar el nivel de suciedad presente en las manos en un grupo de profesionales de enfermería y cómo ésta se reduce tras una acción formativa de higiene de manos.

METODOLOGÍA

Se realizó un ensayo clínico aleatorizado abierto durante el mes de mayo con motivo de la Campaña Mundial de la OMS sobre la Higiene de Manos. Selección voluntaria de una muestra de 30 profesionales de enfermería. Medición del índice de suciedad de la epidermis de las manos por luminometría (URL-Unidades Relativas de Luz). Valoración de la higiene de manos utilizando dos productos antisépticos y seguimiento de los protocolos de la OMS. Estadística descriptiva y de dispersión por SPSS v21.

RESULTADOS

Participaron 16 enfermeras y 14 TCAE. El nivel medio de contaminación de la piel de las manos fue de 1321,7 URL (mano con contaminación crítica o intolerable). La mediana se situó en 783,5 URL (mano muy sucia). Las TCAE obtuvieron porcentajes de menor suciedad respecto a las enfermeras. El nivel de suciedad de la piel se redujo un 77,6% utilizando el antiséptico de clorhexidina; mientras que el 41,2% fue para el antiséptico de base hidroalcohólica.

CONCLUSIONES

Las manos son un vector potencial de infección asociado con la atención sanitaria (IAAS) y su potencialidad está directamente relacionada con el nivel de contaminación de la piel y la frecuencia con que se realiza la higiene de manos durante la práctica asistencial. Se constata que cada lavado de manos, independientemente del antiséptico utilizado, reduce de media un 50% la suciedad y por tanto el riesgo de IAAS (en línea con el objetivo que marca la OMS).

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON LUPUS CUTÁNEO

Autores: Castellano-Rioja E, Benlloch- Peinado M

Facultad de Enfermería. Universidad Católica de Valencia

Contacto: benmarta@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El lupus eritematoso es una enfermedad autoinmune, inflamatoria, multisistémica, crónica, de causa desconocida, aunque los factores relacionados con la herencia, el entorno y cambios hormonales juegan un papel importante en su evolución. Su curso es a brotes de exacerbación y remisión. Una sencilla clasificación sería la que aporta Arenas en la que diferencia el lupus eritematoso en dos grandes bloques: el lupus eritematoso sistémico y el lupus cutáneo. En España se habla de 7 casos por 100.000 habitantes y una prevalencia entre 37.000-40.000 personas. De ellos, el 70% padecen Lupus eritematoso sistémico (LES) y 10% Lupus eritematoso cutáneo (LEC). Suele aparecer en mayor número de mujeres, alrededor de los 50 años, siendo infrecuente en raza negra e hispana. La incidencia en niños es de un 2%, en un 50% de los casos se da el lupus llamado neonatal si la madre lo padece. Incluye un amplio espectro de manifestaciones clínicas, en las que la piel puede verse involucrada o no (en un 75-85% de los casos de LES, hay manifestación cutánea), y si se manifiesta, puede también hacerlo junto a otras manifestaciones o no. Algunos autores incluyen el uso del término lupus eritematoso discoide para definir lesiones en piel con características definidas y LEC para la globalidad de las mismas.

OBJETIVOS

El objetivo del estudio fue conocer la idiosincrasia de la enfermedad, y de las personas que las padecen, así como la valoración de algunos síntomas psicológicos relacionados.

METODOLOGÍA

Se realizó un análisis descriptivo de 43 pacientes afectados de lupus, obteniendo datos sociodemográficos y relacionados con el curso de la enfermedad, así con los obtenidos con una entrevista personal consensuada con expertos. Previamente se hizo un estudio piloto

RESULTADOS

Los resultados obtenidos nos confirmaron la mayoría de mujeres frente a hombres con una ratio de 3,4 a 1; la edad más afectada se sitúa entre las edades de 40-50 años, la mayoría son pacientes desempleados, también la mayoría fueron diagnosticados hace más de 5 años (60%), los datos relacionados con cuánto tiempo tardaron en diagnosticarles la enfermedad arrojan resultados confusos, puesto que muchos participantes no lo recordaban con certeza objetiva, pero percibían que "mucho". El aspecto emocional es el más afectado en nuestra muestra, seguido del físico, apariencia, cognición y relaciones.

CONCLUSIONES

La mayoría de nuestros resultados coinciden con lo expuesto en la literatura, quedando reflejada la complejidad de vivir con esta enfermedad.

¿CÓMO ES LA EXPERIENCIA DE VIVIR CON UNA HERIDA?: UNA APROXIMACIÓN FENOMENOLÓGICA DE UN EIR DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN UNA UNIDAD DE ÚLCERAS Y HERIDAS

Autores: Fernández-Díaz D ⁽¹⁾;
De Argila Fernández-Durán N ⁽²⁾

1- Enfermero Interno Residente- Gerencia de Atención Primaria de Burgos.

2- Enfermera responsable unidad de úlceras y heridas Hospital Puerta de Hierro-Majadahonda, Madrid.

Contacto: benmarta@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La enfermería familiar y comunitaria nunca debe perder de vista el enfoque fenomenológico que nos acerca a conocer de manera perceptiva e interpretativa la realidad de manera experiencial, por las vivencias propias. La enfermería, basada en las ciencias humanas, se centra en el ser humano como unidad vital y en su participación cualitativa en las experiencias de salud. La salud es una experiencia vivida, no la ausencia de enfermedad o de un estado de bienestar. Nuestras actuaciones con el paciente deben estar orientadas a la mejora y mantenimiento compartido de su salud y bienestar, no reduciéndose a la intervención clínica ante la presencia de enfermedad. Hay que tener en cuenta que las necesidades de cada paciente son subjetivas y las experiencias que viven han de servir para contextualizar los procesos de cuidados.

OBJETIVOS

Explorar la experiencia de vivir con una herida crónica. Identificar los elementos que definen la esencia de la experiencia vivida.

METODOLOGÍA

Estudio cualitativo de aproximación a la fenomenología. Técnica de recogida de datos con entrevistas en profundidad no estructuradas con 3 pacientes con una herida de evolución entre 4 meses, 7 meses y 11 meses respectivamente, en una unidad de heridas. La pregunta que se realiza es: ¿Cuál es su experiencia incluyendo circunstancias, situaciones, pensamientos, sentimientos...en relación a vivir con una herida? Para el análisis de datos se lleva a cabo una primera lectura para la transcripción y posteriormente tras una segunda lectura se destaca las palabras, frases o párrafos con una significación notable.

RESULTADOS

Las frases más coincidentes tras las 3 entrevistas: “estabilidad emocional por seguridad al ser paciente de la unidad”, “falta de conocimiento por parte de la familia”, “la gente ve antes una pierna vendada que a la persona”, “preocupación por mi futuro”, “tengo lástima de mí mismo”, “verte como una persona discapacitada”, “estar atado a la lesión” y “aprendiendo a vivir de una forma distinta”.

CONCLUSIÓN

La investigación cualitativa con el enfoque fenomenológico, nos aporta datos para realizar intervenciones enfer-

meras para aumentar el afrontamiento de un paciente con herida para lograr reducir o eliminar los factores estresantes que interfieren en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.

ACTITUDES DE ENFERMERÍA EN SALUD COMUNITARIA HACIA LA ATENCIÓN DE LAS ÚLCERAS DE PIERNA

Autor: Raña-Lama CD.

Centro de Salud de Labañou. A Coruña

Contacto: camilo.rana.lama@sergas.es

INTRODUCCIÓN

Las úlceras de pierna suponen un problema sociosanitario de gran magnitud. En nuestro contexto asistencial el profesional sanitario que se ocupa principalmente de la atención a estas heridas es el personal de enfermería de Atención Primaria de Salud (APS).

OBJETIVO

Estimar las actitudes de enfermería en salud comunitaria en la atención a las personas con úlceras de la pierna.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal. Participaron enfermeras/os de APS de las Xerencias de Xestión Integrada de A Coruña y Ferrol. Se utilizó la subescala de medición de actitudes de la escala de evaluación tipo Likert del cuestionario autoaplicado Leg Ulcer Care: Nursing Attitudes and Knowledge (LUCNAK) adaptada transculturalmente al castellano. Variables: edad, sexo, tiempo trabajado, tipo de contrato laboral, formación en atención a úlceras en las piernas. Previa autorización del Comité de Ética de Investigaciones Clínicas de Galicia, a través del correo electrónico corporativo se solicitó la participación a toda la enfermería de APS en la cumplimentación de un cuestionario on line. Análisis de los datos: Distribución de frecuencias, estimación de medias y proporciones, para comparaciones múltiples de medias se realizó el análisis de varianza. Se empleó el paquete estadístico SPSSv.19.

RESULTADOS

Respondieron 122 enfermeras/os. El 76,92% fueron mujeres. Edad media fue de 49,88 ±11,11 años. La media de años desde que habían acabado los estudios fue de 26,83 ±11,44 años y el tiempo medio trabajado en APS fue 12,32 ±10,29 años. El 73,5% tenían un puesto de trabajo fijo. La edad media del personal de enfermería con puesto fijo era de 55,29 ±5,43 años, mediana de 57 años. El 85,6% habían recibido formación específica en prevención y cuidados de úlceras en las piernas. En las puntuaciones medias de la sub-escala de actitudes del cuestionario LUCNAK, el personal con puesto fijo obtuvo una puntuación media de 9,16 ±2,75 y el resto una puntuación media de 10,63 ±2,73 (p=0,01). La subescala “Actitudes hacia el paciente” obtuvo una correlación de Pearson negativa con la edad, -0,191, y con los años desde la finalización de los estudios de enfermería, -0,215 (p<0,5).

CONCLUSIONES

Se hace necesario estudiar las causas por las que en los profesionales de enfermería en salud comunitaria con mayor experiencia, estabilidad laboral y formación específica en el cuidado de las úlceras de pierna se obtiene una actitud menos favorable hacia los pacientes con heridas crónicas en las piernas.

IMPACTO DE LA FORMACIÓN DE LOS FORMADORES EN DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA DEL SERGAS

Autores: Calvo-Pérez AI, Cimadevila-Álvarez MB, Segade-Fernández J, García-Comesaña J.

Servicio de Integración Asistencial. Subdirección General de Ordenación Asistencial e Innovación Organizativa

Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Gallego de Salud (SERGAS).

Contacto: ana.calvo.perez@sergas.es

INTRODUCCIÓN

La formación continuada es imprescindible para una asistencia segura, eficiente y de calidad. El Programa Úlceras Fóra del SERGAS, estableció y formó a un grupo de 168 "Formadores Referentes".

OBJETIVO

Valorar la reacción de los Formadores a la actividad formativa, así como su satisfacción.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal Formadores Referentes del Programa Úlceras Fóra (2010-2014). Para la evaluar la reacción al aprendizaje se utilizó un cuestionario validado, (García FP, 2002), sobre conocimientos y aplicación en el ámbito asistencial, en el abordaje de la prevención y tratamiento de las úlceras por presión (UPP). Para la evaluación de la satisfacción, se utilizó una encuesta de satisfacción ad hoc, a cumplimentar tras las actividades formativas. Se realizó análisis estadístico descriptivo.

RESULTADOS

El grupo multidisciplinar de formadores del Programa Úlceras Fóra (n=176), se integró desde 2 grupos de formadores. El primer grupo fue constituido en el año 2010 con 104 profesionales enfermeros; en el segundo (2014), se integraron 68 profesionales (enfermeros y médicos). El 55,5% de los formadores tenían una experiencia profesional de más de 20 años. El 66% habían adquirido sus conocimientos a través de la asistencia a Jornadas, Congresos, Cursos de postgrado o de formación continuada; habiendo participado un 33% en proyectos de investigación sobre UPP. El nivel de conocimientos del grupo, (cuestionario inicial), es alto, tanto en lo relativo a cuidados preventivos (90,3%), y de tratamiento (76,6%); como en su implementación en la práctica asistencial, aunque bajan un poco (79,6% y 68,3% respectivamente). En el cuestionario final (tras la intervención formativa), se apreciaron mejoras en todos los resultados, pasando en prevención al 93,8% y en tratamiento al 81%; también lo

hicieron los resultados de su implementación en la práctica asistencial (87,3% y 74,3 respectivamente). Para la valoración de la satisfacción, la utilidad de los contenidos alcanzó un 87%, su aplicabilidad un 92% y la exposición de contenidos un 80,75%; La media de satisfacción sobre el programa formativo fue del 86,5%.

CONCLUSIÓN

Este estudio mide el índice porcentual de conocimiento y de práctica obtenido en las intervenciones docentes. Coincidimos con estudios similares en que, aun teniendo un alto nivel de conocimientos, los profesionales no siempre los trasladan a la práctica asistencial en su justa medida, si bien la intervención formativa ha incrementado tanto el nivel de conocimientos, como su implementación. La satisfacción de los profesionales referentes con su actividad formativa, puede considerarse también muy alta.

EFFECTIVIDAD DE LA TERAPIA CON PRESIÓN NEGATIVA

Autores: Palomar-Llatas F^(1,2), Fornes-Pujalte B^(1,2), Sierra-Talamantes C^(1,2), Murillo-Escutia A⁽²⁾, Moreno-Hernández A⁽²⁾, Díez-Fornes P^(1,2), Palomar-Fons R⁽²⁾, Torregrosa-Valles J⁽²⁾, Debón-Vicent L⁽²⁾, Marín-Bertolin S⁽³⁾, Carballeira-Braña A⁽³⁾, Guerrero-Baena F⁽⁴⁾, Barrera-Puigdollers L⁽⁵⁾, García-Botella M⁽⁶⁾, Oviedo-Bravo M⁽⁶⁾.

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

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

(3) Servicio de Cirugía Plástica. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

(4) Servicio de Cirugía Vascul. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

(5) Servicio de Traumatología. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

(6) Servicio de Cirugía General y Digestiva. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia a

Contacto: federicop43@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La Terapia de Presión Negativa, se está utilizando para acelerar el proceso de cicatrización tanto en heridas agudas como crónicas.

OBJETIVO

Evaluar la eficacia de la Terapia de Presión Negativa (TPN) en la cicatrización de las heridas agudas, úlceras pie diabético úlceras venosas, úlceras por presión (UPP).

METODOLOGÍA

Estudio analítico observacional prospectivo desde enero 2014 a marzo 2015. Aprobado por el CEIC. Pacientes a estudio 68, de los cuales con ITT 57, aleatoriamente a pacientes en tratamiento de CAH no efectivos en el momento y estando las heridas estancadas del Hospital General Universitario de Valencia (CHGUV) en tratamiento con TPN (Vivano™). Variables a estudio: Edad, Sexo, Grupos de lesiones con su posterior seguimiento prospectivo, Lecho lesión, Cálculo planimétrico y dimensional de la lesión. (pre-estudio y Post-estudio), antigüedad media

de la lesión, resolución final de las lesiones, Escala Piel perilesional (Fedpalla), Escala verbal para el Dolor, Coste/efectividad, Satisfacción del paciente, Satisfacción del profesional

RESULTADOS

La media de edad de los participantes fue de 63,6 + 21,6 años. 54,3% eran mujeres (n=32) y un 27,3% fumadores. Se clasificaron 4 grupos de lesiones con su posterior seguimiento prospectivo: 26 heridas agudas, 13 úlceras vasculares, 9 úlceras neuropáticas y 9 úlceras por presión. Las dimensiones medias pre-estudio fueron 4,4 x 8,2 x 1,3 cm y un volumen de 17,6 cm³. Las dimensiones medias Post-estudio: 2,4 x 5,3 x 0,6 cm y un volumen de 3,8 cm³. La antigüedad media de la lesión fue de 79 días. La resolución final de las lesiones fue de 16 días. Coste efectividad: TPN: 12. 692€ en 16 días. CAH: 32.494€ en 77 días.

CONCLUSIONES

Todos los casos evaluados se han visto favorecidos por la TPN (reducción de las dimensiones y preparación del lecho para su epitelización). No hay aumento del dolor. No sangrado. Terapia cómoda para el paciente ya que implica una reducción del dolor manifiesto, y una mejora en la calidad de vida. Bajo riesgo de infecciones. Antiinflamatoria/edema = correctos niveles de metaloproteasas. Mejor gestión de los tiempos de cuidados directos. Ahorro para la administración por la disminución de los costes en hospitalización (seguimiento ambulatorio). Los ensayos clínicos aleatorizados son escasos.

PRURITO: CASO CLÍNICO, DEL SÍNTOMA AL PROBLEMA

Autores: Landete-Belda L, Escriche-Catalá E.

Hospital General de Valencia

Contacto: lylanbel@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El prurito es una sensación desagradable que provoca un deseo de rascado, siendo un síntoma frecuente en dermatología. El rascado puede originar lesiones y riesgo de infección. Además, afecta de forma importante a la calidad de vida. Sus causas son múltiples, siendo una de ellas la enfermedad renal, comorbilidad también asociada a la insuficiencia cardíaca (IC) empeorando la clínica que supone en fase aguda

PRESENTACIÓN DEL CASO

Varón, de 73 años. Antecedentes: Diabetes Mellitus, Hipertensión, Fibrilación auricular, Varices esofágicas. Diagnósticos médicos (problemas de colaboración): Shock séptico de foco cutáneo y respiratorio, Neumonía asociada a sistema sanitario, Insuficiencia renal agudizada (estadio V), Insuficiencia cardíaca descompensada. Acude a puertas de urgencias por edemas progresivos en miembros inferiores y testículos, oliguria y aumento de disnea habitual. Presenta lesiones petequiales con costras. Se decide ingreso en cardiología. Durante su ingreso

persiste clínica congestiva y prurito. Lesiones cutáneas por rascado en tórax, brazos y muslos en las que se aísla MARSa y Klebsiella (S. Aureus en sangre). En días posteriores empeora situación clínica con fracaso renal agudo y sospecha de sepsis decidiendo ingreso en unidad de cuidados intensivos para manejo conservador. La mala evolución y el mal pronóstico del paciente derivan en exitus a los 3 días.

DESARROLLO

Se propone un plan de cuidados centrado en el control del prurito y el cuidado de las heridas por rascado y en la enfermedad de base, teniendo en cuenta los siguientes diagnósticos principales: (0046) Deterioro de la integridad cutánea, (00146) Ansiedad, (00079) Incumplimiento del tratamiento, (00004) Riesgo de infección, (00108) Déficit de autocuidados: baño/higiene, (00092) Intolerancia a la actividad, (00026) Exceso del volumen de líquidos, (00032) Patrón respiratorio ineficaz.

DISCUSIÓN

El prurito asociado a la insuficiencia renal se considera un factor pronóstico negativo. La valoración minuciosa de enfermería y unos cuidados eficaces son imprescindibles. Su manejo debe ser individualizado, teniendo muy en cuenta su mecanismo fisiopatológico de base.

ÚLCERAS ESCAPULARES TRAS INTERVENCIÓN CON FLUOROSCOPIA

Autores: Santiago-Valladolid MC, Martín-Sáez E, Peña-Sola C, Esteban-Manjón I, Pedraza-Parres P; Val-Felipe P.

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Burgos.

Contacto: celestesant@yahoo.es

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, vivimos un importante incremento de la prevalencia de enfermedad coronaria, y con ello un aumento progresivo en la realización de técnicas diagnósticas y terapéuticas de cateterización percutánea en estos pacientes, lo que ha supuesto una elevación en el número de casos dermatitis por radiación. La fluoroscopia y la cineradiografía utilizadas durante la coronariografía exponen a los pacientes a radiación ionizante. Aunque hay otros agentes implicados, la posibilidad de radiodermatitis depende principalmente de la dosis de radiación recibida, la cual es mayor en procedimientos de larga duración o por exposiciones repetidas.

OBJETIVOS

Identificar signos y síntomas de radiodermatitis secundaria a cateterismo cardíaco, controlar el dolor y prevenir la infección.

METODOLOGÍA

Se presentan dos casos de úlcera escapular de meses de evolución con tejido fibrinoso en el lecho, escaso exudado y doloroso a la palpación. Tras los resultados de la biopsia, la nula respuesta a las curas sucesivas y el aumento paulatino del tamaño de la lesión se sospechó la impli-

cación de un agente etiológico externo. El servicio de Hemodinámica confirmó que la zona de la lesión ulcerada coincidía con el tegumento irradiado por la fluoroscopia durante el procedimiento. A pesar de realizar curas siguiendo el concepto TIME, finalmente fue preciso recurrir a la cirugía.

RESULTADOS

A través de la observación, exploración física y una exhaustiva entrevista, realizamos la valoración a partir de las catorce necesidades básicas de Virginia Henderson. El Plan de Cuidados se llevó a cabo según las taxonomías NANDA-NIC-NOC.

CONCLUSIONES

En la revisión bibliográfica se describen menos de treinta casos de radiodermatitis secundaria a cateterismo cardíaco; al manifestarse las lesiones a los meses/años de realizado el procedimiento, consideramos que es un problema infradiagnosticado. Con un correcto diagnóstico y el plan de cuidados adecuado, podemos lograr buenos resultados en el manejo de este tipo de lesiones; aunque en algunos casos más graves, la cirugía sea la mejor opción.

PRESENTACIÓN DE UN PROYECTO: IMPACTO DEL MAQUILLAJE CORRECTOR EN LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON CARCINOMA DE PIEL NO MELANOMA CERVICOFACIAL

Autores: Ramírez-López B; Fernández-Sánchez E;
Elorza-Maza I; Blázquez-Sánchez N; De Troya- Martín M;
Toribio-Montero JC.

Agencia pública sanitaria Costa del Sol. Marbella. Málaga

Contacto: besealma@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La exposición crónica al sol es la causa principal del carcinoma de piel no melanoma (CPNM). Más del 80% se localiza en la región cérvico-facial. En su tratamiento, se requiere del empleo de técnicas reconstructoras complicadas, que provocan cicatrices postquirúrgicas que alteran la percepción de la imagen corporal. Nuestro propósito es llevar cabo estrategias terapéuticas que minimicen dicho impacto, como el maquillaje terapéutico, siendo una herramienta eficaz para mejorar la calidad de vida y el nivel de satisfacción.

OBJETIVOS

Evaluar el impacto en la mejora de la calidad de vida de los pacientes con CPNM en los que realizamos intervención de maquillaje terapéutico. Valoración del nivel de ansiedad, satisfacción y efectos psicológicos.

METODOLOGÍA

Diseño: estudio cuasiexperimental antes-después con simple ciego. Ámbito: Pacientes intervenidos de CPNM en ASCS desde 01/10/2015 a 01/10/2016. Criterios de inclusión: Pacientes con CPNM intervenidos quirúrgicamente

en el área de dermatología ASCS. Mayores 18 años. Dominio correcto de la lengua española hablada y escrita. Cumplimentación consentimiento escrito. Asistan a dos sesiones de maquillaje. Criterios de exclusión: Pacientes con demencia, estados confusionales o antecedentes psiquiátricos graves. Procedimiento: Los pacientes que cumplan criterios serán distribuidos en dos grupos. El grupo Control, comenzará captación y seguimiento el 01/10/2015 hasta 30/04/2016, realizando las siguientes actuaciones protocolizadas: Visita 1 visita post-quirúrgica de educación sanitaria y encuesta sobre hábitos de fotoprotección y autoexploración. Visita 2. Al mes de la intervención quirúrgica en consulta de educación sanitaria. Se realiza cuestionario de calidad de vida (DLQI), cuestionario Skin Cancer Index (SCI) y cuestionario sobre nivel de ansiedad (STAI) Visita 3. A los 6 meses. Se realizan los cuestionarios anteriores y el de satisfacción. El grupo intervención, comienza el 01/05/16 hasta el 01/10/16, realizando las mismas visitas. Si en la segunda visita la puntuación de DLQI es > a 6, se incluye intervención de taller de maquillaje terapéutico, que consta de dos visitas: la primera es una intervención individual en donde entrenaremos al paciente con técnicas correctoras de maquillaje con el objetivo de camuflar las lesiones. En la segunda se evalúa el aprendizaje de la técnica. A los 6 meses se pasan de nuevo cuestionarios SCI, DLQI, STAI y cuestionario de satisfacción.

RESULTADOS

En desarrollo el trabajo de campo.

CONCLUSIONES

Nuestro estudio, pretende demostrar, que instruir al paciente en técnicas de maquillaje llevadas a cabo dentro de los primeros 6 meses tras la cirugía, mejoran su calidad de vida.

HERIDAS COMPLICADAS: DESBRIDAMIENTO CON SOLUCIÓN SALINA Y OXÍGENO COMPRIMIDO

Autores: Requeira-Pan E ⁽¹⁾, Rodríguez-Robisco P ⁽¹⁾,
Vázquez-Lago, JM ⁽²⁾

1) Centro de Salud de Zas. A Coruña.
2) Técnico de Salud Pública. XXI Santiago.

Contacto: eva.regueira.pan@sergas.es

INTRODUCCIÓN

El concepto TIME de la preparación del lecho de la herida surge para permitirnos unificar los criterios de actuación frente a las heridas. Este concepto hace referencia a 4 componentes en la preparación del lecho de la herida: (T) control del tejido no viable, (I) control de la inflamación y la infección, (M) control del exudado, (E) estimulación de bordes epiteliales. Eliminar el tejido no viable es la primera medida. Si la cantidad de tejido necrótico es alta, el método más rápido disponible en la consulta de atención primaria es el desbridamiento cortante. Las excepciones serían las úlceras arteriales sin presencia de pulsos, el dolor o los pacientes a tratamiento con anticoagulantes

orales. En ese sentido, las úlceras diabéticas por su compromiso vascular habría que tratarlas con mayor precaución. Es en estos casos donde el sistema de limpieza y desbridamiento Jetox podría resultar de mayor utilidad. El sistema Jetox-ND utiliza oxígeno y una pequeña cantidad de suero salino para la limpieza y desbridamiento del lecho de la herida evitando las complicaciones de los métodos tradicionales.

OBJETIVO

Evaluar la efectividad del método Jetox en la eliminación del tejido necrótico en heridas de pacientes diabéticos a tratamiento con anticoagulantes orales (ACO).

METODOLOGÍA

Estudio de casos con seguimiento prospectivo para evaluar la evolución clínica de las heridas. Se registraron en centímetros las variables de longitud y profundidad de las heridas antes y después del tratamiento, las características del lecho de la herida, y los cambios en esas características mediante fotografía digital. Las variables continuas se evaluaron mediante media y desviación típica.

RESULTADOS

Se siguen 2 casos, varones >70 años, diabéticos e hipertensos con FA a tratamiento con ACO. En total se siguieron 6 heridas. 1 herida exudativa con restos de tejido esfacelar, 4 con tejido esfacelar y necrótico y 1 con signos de infección. En 10 días de seguimiento medio los tamaños de las heridas se redujeron de media $0,94 \pm 0,6 \times 0,6 \pm 0,3$ cm y en 0,1 cm en profundidad. El alta de los pacientes se produjo a los 28 días de media.

CONCLUSIONES

La limpieza y desbridamiento mediante el método Jetox-ND es más efectivo que el desbridamiento cortante convencional a la vez que se muestra más rápido y menos agresivo.

¿DUELEN LAS ÚLCERAS O DUELEN COMO LAS TRATAMOS?

Autores: Palomar-Llatas F, Diez-Fornes P, Sierra-Talamantes C, Fornes-Pujalte B, Debon-Vicent L.

Unidad Enfermería Dermatológica, Úlceras y Heridas.
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Contacto: federicop43@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El dolor se puede definir y medir según sus causas en agudo, crónico, leve, intenso, no obstante, no lo observamos, sino que subjetivamente lo analizamos según el paciente nos refiere, anotando 0 si es nulo y 10 como máximo nivel en el umbral del dolor. La misma causa o etiología del dolor puede tener distinta percepción entre los pacientes esto nos llevará al riesgo de minimizar esta sensación del dolor que el paciente nos refiere y que nosotros con ellos debemos de comprender ya que el dolor es siempre lo que el paciente nos dice y existe siempre que él lo refiere.

OBJETIVO

Definir las pautas para el alivio del dolor en el tratamiento tópico de úlceras y heridas.

METODOLOGÍA

Descripción del procedimiento. Teniendo definidos los 3 tipos de dolor (dolor nociceptivo, neuropático, irruptivo) se produce durante las actividades cotidianas, como la movilización y en la propia cura tópica de las úlceras (retirada de apósitos, lavado, etc.) debe de ser derivado el paciente para valorar pautas de tratamiento sistémico y el dolor iatrogénico con la retirada del apósito, limpieza y fricción de la herida, duración de la cura, aplicación del apósito y colocación de vendajes.

RESULTADOS / CONCLUSIONES

La limpieza o lavado de la herida se realizará con suero fisiológico o con agua y jabón a temperatura corporal y sin realizar fuerzas de fricción, será por arrastre. No debemos dejar expuesta la herida al medio ambiente, siempre debe de estar cubierta con una gasa humedecida y a temperatura corporal. Procurar una baja adherencia de los apósitos en el lecho de la lesión y en la piel perilesional. Realizar el desbridamiento con hidrogeles (autolítico). Utilización de los alginato cálcico o hidrofibra de hidrocoloide que gelifican y mantienen una correcta humedad en el lecho de la herida y protección de las fibras nerviosas expuestas. La utilización de apósitos en malla (silicona, hidrocoloide). Utilización de fentanilo en úlceras hipertensivas.

INDEPENDENCIA EDITORIAL Y CONFLICTO DE INTERESES DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA Y TISULAR

Autores: Rumbo-Prieto JM¹, Arantón-Areosa L¹, Cortizas-Rey JS¹, Aramburu-García M¹, Rodríguez-Fernández MJ², Moscoso-Otero D³, Outón-Dosil C³, Tomé-Ortega MJ⁴.

1) Gerencia de Gestión Integrada de Ferrol.

2) Gerencia de Gestión Integrada de Ourense, Verín e O Barco.

3) Gerencia de Gestión Integral de A Coruña.

4) Gerencia de Gestión Integral de Vigo.

Contacto: jmrumbo@gmail.com

OBJETIVO

Valorar y comparar la calidad ética (independencia editorial y declaración de conflictos de intereses) de las guías de práctica clínica sobre deterioro de la integridad cutánea y tisular publicada a nivel nacional e internacional.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo. Búsqueda bibliográfica de GPC nacionales e internacionales vigentes (< 5 años) sobre úlceras vasculares (UV), pie diabético (PD), úlceras por presión (UPP), quemaduras (QQ) y úlceras neoplásicas (UN). Evaluación del dominio 6 (ítem nº 22: independencia editorial e ítem nº 23: conflicto de intereses) del instru-

mento de evaluación de la calidad AGREE II (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation). Revisión por 6 expertos y análisis intra-observador según el método descrito en el manual AGREE II.

RESULTADOS

Se analizaron 25 Guías de práctica clínica (GPC); 9 sobre UPP, 7 sobre Pie Diabético, 6 sobre úlceras vasculares, 2 sobre quemaduras y una sobre úlceras neoplásicas. El 75% de las GPC fueron publicaciones internacionales. Se observó que el 100% de las GPC sobre UPP y neoplásicas, el 75% de las GPC sobre pie diabético y el 50% de las GPC sobre úlceras vasculares y quemaduras, evidenciaron una declaración expresa de que la entidad financiadora no había influido en el contenido de la guía. Del mismo modo, se obtiene idénticos porcentajes (100/75/50%) de haber registrado y abordado los conflictos de intereses de todos los miembros del grupo elaborador de la guía.

CONCLUSIONES

La calidad ética, medida como independencia editorial (fuente de financiación y declaración de conflictos de intereses) se considera un importante indicador de proceso para reconocer la calidad, transparencia y rigor científico de una GPC. Con este estudio podemos valorar y comparar que un alto porcentaje de GPC sobre deterioro de la integridad cutánea y tisular cumplen con buena nota este indicador (calidad ética).

ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL JUZGADO: ¿DÓNDE ESTAMOS?

Autores: Bello-Bello V, Pazos-Villar P, Lago-Varela F, Esteiro-Ramos P, Rodríguez-Figueroa JS; Sanjurjo-Buján L.

Central de Coordinación FPUS- 061.Santiago de Compostela.
Gerencia de Gestión Integrada de A Coruña

Contacto: vbhelbel@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión (UPP) son conocidas desde la antigüedad. Durante años se pensó que su aparición era inevitable. En la actualidad la investigación científica y los avances en medidas de prevención demuestran que entre el 95 y el 98% son evitables. En países de nuestro entorno, son frecuentes las demandas relacionadas con estas lesiones.

OBJETIVOS

Nos planteamos saber la relevancia de las demandas relacionadas con las UPP en España y cuáles son los argumentos esgrimidos en las mismas a la hora de dictar sentencia.

METODOLOGÍA

En el repositorio jurídico Aranzadi, se ha realizado una búsqueda de sentencias que contengan referencias a las UPP con cualquiera de las siguientes acepciones: úlcera, úlcera por presión, úlcera de presión, llaga, llaga de presión y escara, en el periodo 01/01/2004-31/12/2014. Se

revisan los argumentos judiciales desde la perspectiva de la prevención, el tratamiento y los registros.

RESULTADOS

Se han encontrado 41 sentencias que hacen referencia a UPP, siendo estas el motivo principal de la demanda en 16. De estas, 12 se han tramitado por el juzgado de lo contencioso-administrativo, 3 por la vía penal y 1 por lo civil. 9 han terminado en condena y 7 en absolución. En el caso de las sentencias condenatorias, el argumento mayoritario en la sentencia (7 casos) se basa en una deficiente prevención. Con respecto a los registros, se hace referencia a ellos en 6 sentencias condenatorias, como refuerzo en el argumento de la condena. Algo llamativo es que también se hace referencia a la ausencia de registros en 4 sentencias absolutorias.

CONCLUSIONES

Las demandas relacionadas con las UPP son testimoniales en nuestro país. En las sentencias condenatorias, se ha valorado más la existencia de una deficiente prevención que un incorrecto tratamiento. La ausencia de registros puede influir en la sentencia. La creencia de la inevitabilidad de las UPP sigue vigente en los juzgados.

DISEÑO DE UNA HERRAMIENTA INFORMATIZADA PARA MEDICIÓN Y REPORTE DE INDICADORES DE SEGURIDAD DE PACIENTE. INTRODUCIR LAS TICS COMO AGENTE PARA EL CAMBIO

Autores: Pesado-Cartelle J A ⁽¹⁾, Delgado-Fernández R ⁽²⁾, Rodríguez-Castro AI ⁽³⁾.

1) Unidad de Calidad. Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol.

2) Asesoría de Cura en Ambiente Húmedo. Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol.

3) Servicio de Informática. Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol

Contacto: jose.pesado.cartelle@sergas.es

INTRODUCCIÓN

La necesidad de poseer una herramienta que permita medir de manera continua los indicadores de seguridad de pacientes, reportando su seguimiento periódicamente a profesionales y que la misma se pudiese convertir en un agente motivador del cambio han impulsado este proyecto

OBJETIVOS

Elaborar una herramienta informatizada innovadora que facilite la medición de indicadores derivados de registros de la historia electrónica. Objetivos secundarios.- 1. Conseguir una medición segregada por unidades y general de la organización. 2. Generación automática de informes en pdf. 3. Generación automática de estadísticas y gráficos que faciliten la comprensión del reporte. 4. Generación automática de correo electrónico por la propia aplicación a responsables de Unidades y Dirección. 5. Innovar reportando toda la información mediante Tweetboards en lugar de

Dashboards (cuadro de mando). 6. Generar comparativos periódicos y gráficos de tendencia automatizados. 7. Convertir esta herramienta en motor para disminuir la prevalencia de pacientes con deterioro de la integridad cutánea.

METODOLOGÍA

Formación de un grupo de trabajo que defina, idee, halle soluciones y evalúe resultados. (técnica de grupo nominal). Duración del trabajo hasta consecución de objetivos: año y medio. 2. El grupo se compuso por tres personas: Una Técnica en Informática – Un Enfermero experto en programación con Microsoft Excel® y Visual Basic – Un Enfermero Responsable de Calidad

RESULTADOS

1. Mensualmente se reporta a cada unidad informes de cumplimiento de indicadores en formato Tweetboard. 2. Mensualmente se envían informes globales a Dirección de la organización. 3. Se establecen comparativas interanuales por unidades. 4. Se establecen gráficos de tendencias que permiten focalizar las áreas de mejora. 5. Resultados de Indicadores año 2014: Ingresos totales: 14738 Estancias totales.- 117681 6. 94,% de pacientes con medición escala Braden-Bergstrom. 7. 80,8% de pacientes con riesgo de UPP con establecimiento de acciones preventivas. 8. 95,6% con medición escala de riesgo de caídas

9. 80,8% de pacientes con riesgo con establecimiento de acciones preventivas. 10. 84,7% de pacientes con medición del dolor con EVA. 11. 58,4% de pacientes con valoración especial de dolor agudo. 12. 1,33 % sobre estancias totales han sufrido una caída

CONCLUSIONES

Hemos conseguimos una herramienta fiable que arroja resultados idénticos a los generados desde Servicios Centrales Esta herramienta ha facilitado enormemente el cumplimiento de los indicadores fijados respecto a la calidad de los cuidados y la mejora de Seguridad de Paciente. Los profesionales consideran como muy útil y facilitador el reporte en Tweetboards frente a los Dashboards (cuadro de mandos) tradicionales.

PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD EDITORIAL DE LA REVISTA ENFERMERÍA DERMATOLÓGICA

Autores: Arantón-Areosa L ^(1,2), Rumbo-Prieto JM ^(1,2), Palomar-Llatas F ^(1,3)

1) Comité Editorial de la revista Enfermería Dermatológica

2) Gerencia de Gestión Integrada de Ferrol

3) Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Contacto: luaranton@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Enfermería Dermatológica es una revista científica que se publica La revista está promovida por la Asociación Nacional de Enfermería Dermatológica e Investigación del Deterioro de la Integridad Cutánea (ANEDIDIC). Como revista científica especializada en el área de la piel, se ocupa especialmente de promover la actualización, investiga-

ción y difusión de todos los aspectos relacionados con la enfermería dermatológica. Tiene como misión divulgar y promover la actualización de los conocimientos en torno a los avances e innovaciones en el campo de la dermatología y el deterioro de la integridad cutánea y tisular, con el fin de que contribuyan a la mejora de la práctica profesional enfermera.

OBJETIVO

Describir y analizar la calidad editorial de la Revista Enfermería Dermatológica.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo y transversal. Descripción y análisis de las características y criterios de calidad identificados en la revista desde el inicio de su publicación, y su evolución hasta el momento actual.

RESULTADOS

La Revista Enfermería Dermatológica comenzó a publicarse en el año 2007, en formato impreso con una periodicidad cuatrimestral (ISSN: 1888-3109 y Depósito legal: V-2260-2007). Desde 2012, tras actualizar las normas de publicación y revisión, el comité editorial y el sistema de revisión (por pares), se incorpora a texto completo a Dialnet, (Difusión de Alertas en la Red); desde septiembre de 2013 está indexada en Latindex. El proceso de expansión y difusión incluye su inclusión en las principales bases de datos de ciencias de la salud, repositorios científicos y redes sociales y científicas: Web institucional con canal de noticias, página en Facebook, Twitter y LinkedIn. Además desde 2014, se incorpora la sección de Editorial Científica, un nuevo código ético más riguroso y pasa a publicarse exclusivamente en formato digital (ISSN Digital: 2386-4818). Se amplía y externaliza el Consejo Editorial y desde septiembre de 2015, ha sido indexada en la base de datos CUIDEN de la Fundación Index.

CONCLUSIÓN

La rigurosidad en la revisión por pares, el establecimiento del código ético riguroso y la ampliación del Consejo Editorial, han conseguido que la calidad editorial de la revista haya mejorado sistemáticamente, aumentando exponencialmente su difusión nacional e internacional, que finalmente culmina con su indexación en la base de datos CUIDEN, la mayor en lengua hispana.

Nos proponemos seguir mejorando los criterios editoriales, para seguir avanzando en la difusión e indexación en otras bases de datos internacionales.

CASO CLÍNICO DE VASCULITIS DE PEQUEÑO VASO

Autores: Linares-Herrera JP ⁽¹⁾, Charro-Martí E ⁽²⁾, Bellaubi-Pallares N ⁽³⁾, Pascual-Diago A ⁽³⁾, Pla-Canalda E ⁽⁴⁾.

1) Enfermero de Medicina Interna. Hospital Verge de la Cinta. Tortosa.

2) Médico Adjunto de Medicina Interna. Hospital Verge de la Cinta. Tortosa.

3) Médico Residente de Medicina Interna. Hospital Verge de la Cinta. Tortosa.

4) Enfermera de UMI. Hospital Verge de la Cinta. Tortosa.

Contacto: juanpedrolinares@gmail.com

INTRODUCCIÓN

(Descripción del caso): Varón de 57 años diabético conocido hace 1 año sin control hasta hace 15 días, presenta lesiones en piernas: lesiones en ambos pies papulosas violáceas que evolucionan a pústulas necróticas muy dolorosas.

OBJETIVO

Presentar un caso clínico. Llegar a un diagnóstico.

METODOLOGÍA

Se realizan diferentes pruebas diagnósticas a medida que se va complicando el paciente, inicio con lesiones dérmicas que cursan con fiebre y afectación de órganos internos, hígado, pulmones. Biopsias cutáneas de las lesiones, hemocultivos por la fiebre, TAC Toraco-abdominal, TAC PET, Biopsias de nervio, Broncoscopia, Ecocardiografía transtorácica y transesofágica, Punción de medula ósea. Electromiograma.

RESULTADOS

El resultado de las pruebas iba enfocando hacia distintas posibilidades diagnósticas sin llegar a un diagnóstico definitivo: Nódulos de Osler, Manchas de Janeway, Endocarditis por foco emboligénico séptico, Granulomatosis de Wegener. Se diagnostica finalmente de Vasculitis de pequeño vaso, pero en el descenso de los corticoides se reactivan las lesiones y el diagnóstico no es definitivo.

CONCLUSIONES

Que ante la aparición de unas lesiones y las complicaciones que ha presentado el paciente se han ido pidiendo pruebas para llegar a un diagnóstico certero que en el momento actual todavía no es definitivo. Que las lesiones de la piel no tienen un diagnóstico fácil y que muchas veces necesitan la realización de diferentes pruebas y la colaboración de diferentes especialidades y la colaboración con otros centros asistenciales.

TRATAMIENTO DEL QUISTE MIXOIDE DACTILAR CON SUERO SALINO HIPERTÓNICO

Autores: Sánchez-Villasevil A, Contreras-Galindo D, Bilbao-Pollán M, Pelico-Bokara F.

C.A.E. María López Gómez. Hospital Severo Ochoa. Madrid.

Contacto: ancirus@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El quiste mixoide dactilar (QMD) es una entidad clínica benigna que se encuentra incluida en el grupo de las mucinosis cutáneas. La lesión generalmente es única y se localiza normalmente a nivel yuxtaungueal, en la articu-

lación interfalángica distal de los dedos de la mano (pies en algunos casos). Presenta un curso indolente, aunque puede producir artritis y paroniquia. Se han empleado muchos tratamientos que incluyen drenaje, crioterapia, extirpación, laser e inyecciones de corticoides y sustancias esclerosantes, aunque todos ellos presentan un alto grado de recidiva.

OBJETIVO

Presentar un caso clínico

METODOLOGÍA

Presentamos un estudio sobre 30 pacientes (P) con QMD (21 mujeres y 9 hombres), edad media de 63 años, el 60% de ellos tratados previamente con diferentes métodos y con recidiva. Se hicieron infiltraciones intralesionales con solución de CINa 20% (SSH). El número medio de infiltraciones fue de 2. Procedimiento: 1. Limpieza con solución de clorhexidina del área de la lesión. 2. Infiltración intralesional con SSH, sin drenaje previo, hasta saturar la cavidad (0,1-0,3 ml). 3. Cura con apósito ligeramente compresivo a lo largo de 4- 5 días. Se revisa en dos-tres semanas para valorar resultado.

RESULTADOS

Se objetivó una tasa de resolución total del 70%, sin objetivar recidivas tras hasta 36 meses de seguimiento (en los P más antiguos). No se apreciaron efectos secundarios y las infiltraciones fueron, en general, bien toleradas. Se discute el mecanismo de acción del tratamiento y se valora su eficacia.

CONCLUSIONES

Concluimos que dicho tratamiento puede ser considerado como una opción terapéutica sencilla y muy efectiva en el manejo de dicha patología, comparándolo con el resto de tratamientos empleados.

COMUNICACIONES PÓSTER DEL XIII CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA DERMATOLÓGICA

CONOCIMIENTO DE LA POBLACIÓN ANCIANA DE VALENCIA EN LOS CUIDADOS DE LA PIEL

Autores: Castellano-Rioja E⁽¹⁾, Fornes-Pujalte B⁽²⁾, Sierra-Talamantes C⁽²⁾, Benlloch-Peinado M⁽¹⁾.

1) Facultad de Enfermería. Universidad Católica de Valencia

2) Unidad Enfermería Dermatológica, Úlceras y Heridas. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Contacto: martabenlloch9@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es el resultado de un conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo. El órgano que evidencia claramente esta acción, es la piel. En ella se origina cambios endógenos y exógenos progresivos e irreversibles. La piel del anciano adquiere unas características y un aspecto denominado "piel senil" con modificaciones a nivel funcional, afectándose a nivel inmunológico y sensitivo, en la termorregulación, entre otros.

OBJETIVOS

Analizar el conocimiento que tiene la población anciana de Valencia sobre los cuidados específicos de su piel contemplando diversas dimensiones: hidratación, fotoprotección, nutrición, regeneración celular y fomento de hábitos saludables. Siendo objetivo específico conocer las interrelaciones de las diferentes variables del estudio que puedan repercutir directa o indirectamente sobre la piel.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de corte transversal, utilizando para la recogida de los datos un cuestionario autocumplimentado. Los resultados se procesaron mediante el programa estadístico SPSS 22 con un análisis descriptivo y de inferencia estadística.

RESULTADOS

Se contó con un total de 384 participantes que cumplían una serie de criterios de inclusión. (H/M 0,64:1, edad media de 75,85 ± 7,32 años). Entre los datos más relevantes encontramos que el 70,1% de los participantes tenía al menos una enfermedad crónica, el 64,1% no habían recibido información de cómo cuidar la piel y los hábitos de higiene, hidratación o fotoprotección eran deficientes. En cuanto a la alimentación la mayoría no alcanzaba los requerimientos mínimos según la edad o sexo. Todos estos datos sirvieron para perfilar como es el cuidado de la población estudiada.

CONCLUSIONES

Pocas publicaciones e investigaciones van dirigidas a los cuidados especiales que requiere la piel senil, tampoco reúnen diversos elementos relacionados con el cuidado de la misma. Nuestros resultados permiten conocer el nivel de información que tiene esta población, aborda dis-

tintas áreas y dimensiones todas ellas relacionadas con el cuidado de la piel. Este hecho abre la posibilidad de futuras líneas de investigación encaminadas a reforzar todas estas debilidades mediante la educación, promoción y prevención de la salud en esta área.

USO DE DIFENCIPRONA EN ALOPECIA AREATA. REVISIÓN SISTEMÁTICA

Autores: Santiago-Valladolid MC, Sempau-Díaz del Río L, Soto-Cámara R, Santamaría-Francés M, García-Alonso E, Pérez-Martínez N.

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Burgos.

Contacto: celestesant@yahoo.es

RESUMEN

Objetivos: Analizar la mejor evidencia científica disponible para la aplicación de difenciprona por el profesional de enfermería en pacientes con alopecias areatas. **Específicos:** Identificar los problemas biopsicosociales que conlleva. Describir la actuación de enfermería en estos pacientes.

METODOLOGÍA

En la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica consultando la versión electrónica de las bases de datos BVS, CINAHL, CUIDEN, IBECS, IME, LILACS, MEDLINE, PUBMED, SciELO, COCHRANE y JBI, publicadas hasta mayo de 2015; empleando los descriptores en ciencias de la salud (Decs: alopecia areata, difenciprona), y los medical subjects headings (MeSH: alopecia areata, diphencyprone); como operador booleano se utilizó AND. Criterios de inclusión: se seleccionaron todos los trabajos cuyo diseño metodológico fuese metaanálisis, ensayo clínico controlado aleatorizado ó no, revisión sistemática, estudio descriptivo, artículos publicados en castellano o inglés, publicados hasta junio de 2015. Criterios de exclusión: artículos publicados antes de 2010, que carezcan de evidencia científica o sean dudosa naturaleza, publicados en un idioma distinto al castellano o inglés y artículos sin acceso al texto completo.

RESULTADOS

Las técnicas actuales no eliminan la alopecia areata, pero pueden estimular a los folículos pilosos para que produzcan cabello. Hemos encontrado bastante escasez de bibliografía concluyente: distintos artículos originales, casos clínicos, series de casos, una revisión sistemática, un estudio de casos-controles y un metaanálisis; lo que genera una imperiosa necesidad de realizar estudios grandes que evalúen los efectos de las terapias y tratamientos a largo plazo sobre los pacientes afectados de alopecia areata.

CONCLUSIONES

Hoy por hoy, la alopecia areata no tiene cura. El plan de cuidados será individualizado según la edad del paciente, la extensión en el cuero cabelludo, el tiempo de evolución y las posibilidades terapéuticas.

CREPITACIÓN SUBCUTÁNEA TRAS CRIOTERAPIA

Autores: Santiago-Valladolid MC, Sempau-Díaz del Río L, Soto-Cámara R, Santamaría-Francés M, Peña-Sola C, Esteban-Manjón I.

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Burgos.

Contacto: celestesant@yahoo.es

RESUMEN

Introducción: Ya en la antigüedad, los egipcios utilizaban el frío conociendo su efecto analgésico y antiinflamatorio. Pero no fue hasta después de la Segunda Guerra Mundial, cuando se dispuso comercialmente del nitrógeno líquido (-196°C). Una nueva era para el tratamiento por congelación surgió de la mano de un médico, Irving Cooper, y un ingeniero, Arnold Lee, quienes construyeron una sonda prototipo que posteriormente sería la base de los diferentes aparatos de crioterapia. Las indicaciones de la crioterapia en dermatología son múltiples y variadas, se usa tanto en lesiones precancerígenas y cancerígenas, como en lesiones benignas.

OBJETIVOS

Identificar posibles complicaciones. Prevenir la infección. Tranquilizar al paciente durante todo el proceso.

METODOLOGÍA

Se presenta el caso de una mujer de 86 años que consulta por lesiones descamativas en cara, antebrazos y manos. Después de lavar con suero fisiológico y curetear las lesiones más hiperqueratósicas, se procede a la aplicación de crioterapia con spray pulverizador según protocolo. Al iniciar el primer ciclo en la lesión actínica en cola de ceja derecha (región temporal), instantáneamente se produce una brusca y repentina hinchazón del párpado superior derecho. A la palpación se aprecia una sensación de crepitación a medida que empujamos el gas a través del tejido subcutáneo. El enfisema duró aproximadamente una semana, tiempo en el cual la paciente tan solo refirió dificultad para la apertura palpebral.

RESULTADOS

A través de la observación, exploración física y una correcta entrevista, realizamos la valoración a partir de las catorce necesidades básicas de Virginia Henderson. El Plan de Cuidados se llevó a cabo según las taxonomías NANDA-NIC-NOC.

CONCLUSIONES

Las principales complicaciones de la crioterapia son el dolor, las ampollas y las hipopigmentaciones residuales. Más raro, pero no por eso menos importante, es la aparición de enfisema subcutáneo. En todo caso, por los leves

problemas que ocasiona y por su alta eficacia, la crioterapia sigue siendo una técnica sencilla muy utilizada en dermatología.

MANEJO DE UNA ULCERA POR PRESIÓN EN ACROMION, CON PIEL PERIULCERAL EN RIESGO, MEDIANTE UN APÓSITO ATRAUMÁTICO DE SILICONA

Autores: Esteiro-Ramos P, García-Baña R, Canosa-Gándara V, Fernández-Fernández L.

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Burgos.

Contacto: celestesant@yahoo.es

RESUMEN

Introducción: Las úlceras por presión (UPP) pueden aparecer en cualquier zona corporal. La localización dependerá de la posición que el paciente adopte durante un tiempo prolongado. Según el 4º Estudio Nacional de Prevalencia de UPP en España, la localización más frecuente de UPP, en todos los niveles asistenciales, se sitúa en sacro/coxis en el 30,7% de los casos, mientras que en el omóplato en torno al 1,1%. Se presenta un caso de UPP en acromion, con piel periulceral frágil e inflamada, donde el apósito de silicona supone una alternativa eficaz para la protección de la piel, manejo de la cura en ambiente húmedo (CAH) y correcta adaptación a la prominencia.

OBJETIVOS

Control de la presión y cizalla. Manejo del lecho ulceral mediante los principios de preparación del lecho de la herida y cura en ambiente húmedo (CAH). Cuidado y protección de la piel periulceral. Mejorar estado nutricional.

METODOLOGÍA

Hemos realizado un abordaje integral de la paciente mediante: una evaluación del estado nutricional con suplementación hiperproteica, educación a los cuidadores en materia de cambios posturales, superficies de alivio y redistribución de la presión y aplicación de ácidos grasos hiperoxigenados y realización de CAH de las diferentes UPP. La CAH en la UPP del hombro, inicialmente, la hemos realizado con apósito hidrocoloide con plata, desbridamientos y apósito adhesivo de espuma con silicona. Posteriormente al persistir signos de colonización crítica se administra antibioterapia guiada por antibiograma y continuamos con apósito adhesivo de silicona.

RESULTADOS

Con el uso del apósito de silicona se consigue una gestión adecuada del exudado, gran adaptabilidad y adhesividad, así como una correcta realización de la cura en ambiente húmedo al poder combinarse con la aplicación de otros apósitos o productos de cura.

CONCLUSIONES

Fundamentalmente podemos enfatizar tres características del apósito de silicona, que han sido cruciales en la

evolución de la lesión hacia la cicatrización: poco traumático con adhesión mínima al lecho ulceral y piel circundante, aumentando la comodidad del paciente y reduciendo el dolor en los cambios de apósito; adecuado control del microclima cutáneo, retirando la humedad próxima a la piel y gran flexibilidad con buena adaptación al contorno del cuerpo, sin fugas de exudado y ayudando a disminuir la presión y la cizalla.

DESBRIDAMIENTO DE UNA ÚLCERA POR PRESIÓN EN EL TALÓN. CADEXÓMERO IODADO VS. COLAGENASA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Sánchez-Gálvez J

Policlínica Virgen de los Dolores. Cartagena. Murcia.

Contacto: javier.sg.ct@gmail.com

OBJETIVOS

Comparar la eficacia y tipo de desbridamiento que realizan ambos productos valorando el exudado, la piel perilesional y las calidades de tejidos presentes en el lecho de la herida.

METODOLOGÍA

Mujer de 88 años, inmobilizada y con demencia, presenta úlceras por presión en ambos talones con tejido esfacelar en la totalidad de los dos lechos ulcerales. En el momento de iniciar el estudio, se estaba tratando con hidrofibra de hidrocoloide con plata y un hidrocoloide como apósito secundario. Se pasa a realizar una cura en ambiente húmedo, aplicando en el talón izquierdo cadexómero iodado y un apósito de espuma hidrocelular y, a su vez, en el talón derecho se aplica colagenasa y el mismo tipo de apósito, protegiendo en ambos casos la piel perilesional con una pomada con un 25% de óxido de Zinc. Se realiza la cura siguiendo esta pauta 3 veces por semana, en cada cura se mide el exudado mediante una escala de 5 puntos con ponderaciones asignadas para los siguientes valores: humedad del lecho, color, olor y viscosidad del exudado; se valora la piel perilesional aplicando la escala FEDPALLA y se indica el tipo de tejido presente en el lecho ulceral de manera porcentual, recogiendo esta información presente en las distintas gráficas durante 5 semanas.

RESULTADOS

Se observa y se refleja en las gráficas de manera comparativa la evolución favorable de ambas lesiones, se obtiene información sobre el exudado, la evolución del tejido esfacelar presente y la piel perilesional, quedando ambas lesiones libres de tejido esfacelar para continuar con el proceso de cicatrización mediante cura en ambiente húmedo. La lesión tratada con cadexómero iodado presenta un lecho ulceral seco y sin olor, el tejido esfacelar no presenta humedad y requiere de un desbridamiento cortante para terminar de retirarlo. La lesión tratada con colagenasa presenta un lecho ulceral mojado y un esfacelo húmedo que va disminuyendo en cantidad a cada cura,

pero presenta olor que indica un aumento de la carga bacteriana, inexistente éste en la lesión tratada con cadexómero iodado. En ambas lesiones la piel perilesional evoluciona favorablemente hasta un FEDPALLA entre 21 y 25 puntos.

CONCLUSIONES

Ambos productos nos permiten actuar preparando el lecho de la herida mediante la eliminación del tejido desvitalizado, el cadexómero iodado reduce los signos clínicos compatibles con colonización crítica de la herida en el lecho ulceral, mientras que el uso de colagenasa nos permite evitar el desbridamiento cortante.

TRATAMIENTO DE UN TATUAJE CON COLONIZACIÓN CRÍTICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Sánchez-Gálvez J.

Policlínica Virgen de los Dolores. Cartagena. Murcia.

Contacto: javier.sg.ct@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Los tatuajes son una moda cada vez más común en nuestra sociedad. Una de las complicaciones que podemos encontrar son las infecciones localizadas, normalmente debidas a las condiciones higiénicas en las que se realiza el tatuaje o a unos deficientes cuidados posteriores. En este caso se aplican los conceptos de control de la inflamación y de la infección, propios a la preparación del lecho de la herida, en un tatuaje con una sobrecarga bacteriana.

OBJETIVOS

Disminuir la carga bacteriana en la lesión. Evitar el desprendimiento de la tinta del tatuaje.

METODOLOGÍA

El paciente es un varón de 30 años con varios tatuajes que, a las 48h de la realización un tatuaje en la extremidad inferior derecha, avisa al servicio de enfermería domiciliar manifestando prurito intenso, dolor y exudado purulento con mal olor, síntomas que nunca había padecido. Al acudir al domicilio, la zona tatuada presenta los signos propios de una colonización bacteriana crítica. El paciente está afebril y manifiesta estar tomando ibuprofeno cada 8 horas desde la realización del tatuaje. Se muestra preocupado por perderlo (presenta zonas en las que la tinta se ha rechazado). Se opta por tratar la lesión con un apósito de plata nanocristalina, un apósito de hidrogel en malla y un apósito secundario hidrocelular adhesivo. En la piel perilesional se aplica una película de barrera protectora no irritante en aerosol.

RESULTADOS

A las 72 horas se revisa la lesión, observando ausencia de olor y exudado. El paciente manifiesta no tener dolor ni picor. La lesión presenta argiria a causa de la descarga de plata. Se mantiene la cura con un apósito hidrocelular

adhesivo. Transcurridas 72 horas más, el aspecto de la lesión es normal. El paciente retoma, por voluntad propia, la pauta de curas instaurada por su tatuador (lavado con agua fría y jabón 3 veces al día y aplicación frecuente de vaselina).

CONCLUSIONES

El control de la carga bacteriana de un tatuaje mediante los conceptos de preparación del lecho de la herida permite abordar esta herida aguda de manera rápida y eficiente para el paciente y el profesional. La aplicación de plata nanocrystalina sobre el tatuaje permite evitar una mayor pérdida de la tinta tatuada en casos de aumento de la carga bacteriana.

ENFERMERA REFERENTE EN HERIDAS CRÓNICAS UNA AYUDA A LOS PROFESIONALES Y A LOS PACIENTES.

Autores: Zurro-González S, González-Calvo M C, De la Hera-de la Fuente MP.

Centro de Salud La Puebla. Palencia

Contacto: szurro@saludcastillayleon.es

RESUMEN

Introducción: Los principios de la preparación del lecho de la herida (PLH) y su aplicación práctica mediante el esquema T.I.M.E (T de tejido no viable, I de infección-inflamación, M de control de la humedad y E de granulación-epitelización) se han establecido para ayudar al profesional a comprender mejor la cicatrización de las heridas crónicas y sirve como una orientación en la práctica clínica

OBJETIVOS

Disminuir el tiempo de resolución de las heridas complejas a través del asesoramiento de la enfermera referente en heridas crónicas.

Cicatrización de una herida de origen traumático, basándonos en el concepto TIME

METODOLOGÍA

Mujer de 55 años sin patología crónica que el 15/06/2014 tiene un accidente de moto, diagnóstico de fractura de peroné se coloca férula con ventana para la realización de las curas por abrasión por asfalto de la parte anterior de la pierna con una extensión de 14x9cm.

En un primer periodo 15/06/14 al 08/09/14 es curada por traumatología y derivada puntualmente al centro de salud para realizar la cura, con distintos tratamientos: 1.-limpieza, irusol, silvederma, tulgrasun. 2.-irusol, gasa, vendaje .3.-furacin, tulgrasun 4.-betadine gel. A partir del 10/09/2015 se realiza una consulta a la enfermera referente del área en heridas crónicas, pautándose curas según el esquema T.I.M.E.

RESULTADOS

1.-Del 15/06/2014 al 09/ 08/2014 presenta herida con necrosis húmeda, evolución torcida. 2.-A partir del 10/09/14, con el asesoramiento de la enfermera referente de heridas crónicas, se corrige la hipergranulación del lecho con lactisona 2,5% cada 12 horas 3 días, posteriormente se cura con Askina Sorbsan más Askina Transorbent cada 48 horas. El 29/09/2014 intensa reacción eritematosa en piel perilesional con signos inflamatorios e hipergranuloma en el lecho de la herida, se trata con lactisona al 2,5%, apósito de silicona, gasa. EL 03/10/2014 se comienza con curas con Cutimed Sorbact, realizándose curas diarias por parte de la paciente y revisión semanal por su enfermera con apoyo de la enfermera Referente Heridas Crónicas. Alta el 6/11/2015.

CONCLUSIONES

La existencia de una enfermera referente en heridas crónicas, permite aportar apoyo a los profesionales de enfermería reducir el tiempo de resolución de las heridas complejas. La pauta de curas basada en el concepto T.I.M.E, nos ha ayudado a preparar el lecho de la herida favoreciendo el desbridamiento y el control de la infección e inflamación local.

“ESE LUNAR...”

Autores: Otero-Armentía MM, Couce-Ríos MI, Franco-Rabuñal B, Rilo I, Sanmartín A.

Centro de Salud Caranza. Ferrol.

Contacto: Maria.del.Mar.Otero.Armentia@sergas.es

RESUMEN

Introducción: La piel es la cubierta externa del cuerpo humano. Separa el organismo del medio ambiente externo y permite su comunicación con él. La piel sana es una barrera contra lesiones mecánicas, químicas, tóxicas y microorganismos patógeno. La piel en ocasiones presenta lunares, que son crecimientos sobre la piel y se producen cuando los melanocitos crecen en grupos. La mayoría de las personas tienen entre 10 y 40 lunares y siguen apareciendo aproximadamente hasta los 40 años y desaparecen a medida que envejecemos.

OBJETIVOS

Describir: Autoexploración, Alteración del color, Aumento o disminución del tamaño de manera súbita, Cambio de forma, textura o elevación, Produce síntomas: dolor o picazón. Si hay sangrado o secreciones. Fotoprotección. Protección solar por medio de cremas adecuadas a nuestro fototipo de piel. Limitar la exposición solar al medio día. Utilizar gafas de sol que protejan contra las radiaciones solares. En niños pequeños: usar camiseta, sombrero y cremas de alta protección durante la exposición solar. Prevención de malignización. Visita al dermatólogo

METODOLOGÍA

Estudio de los lunares de forma sistémica, bien por parte del paciente como por parte de su médico. Si precisa hacer biopsias. Actualmente, la cirugía es el único tratamiento eficaz. La mayoría de los médicos recomiendan la extirpación quirúrgica para disminuir el riesgo de cáncer y por estética. Educación sanitaria: no todas las manchas de la piel marrones son lunares. Por ejemplo, en las zonas expuestas al sol son muy frecuentes las pecas y las manchas de la edad.

RESULTADOS

Las personas que tienen muchos lunares están en mayor riesgo de padecer cáncer de piel tipo melanoma. Por este motivo se realizan más exámenes de su piel y se diagnostican a tiempo. Las personas con menos lunares son más propensas a contraer una forma más agresiva de la enfermedad, pasando por alto la autoexploración.

CONCLUSIONES

“La autoexploración puede evitar que los lunares se malignicen.”

RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS. PIE DIABÉTICO. REVISIÓN DE TRES CASOS CLÍNICOS

Autores: Prieto-Gondell A, Dopico-Lopez A, Bernabeu-Piñeiro F.

Centro de Salud de Neda. A Coruña.

Contacto: Araceli.Prieto.Gondell@sergas.es

INTRODUCCIÓN

En los países occidentales la prevalencia de la diabetes mellitus (DM) es de alrededor de un 6%. El pie diabético, según la OMS es una presencia de ulceración infección y/o gangrena en el pie asociada a neuropatía diabética y a diferentes grados de enfermedad vascular periférica como consecuencia de la interacción compleja de diferentes factores inducidos por una hiperglucemia mantenida. Este proceso ocasiona más del 50% de los ingresos hospitalarios en pacientes con DM. La amputación de la extremidad inferior tiene una incidencia de alrededor del 85% siendo la aparición de nueva úlcera y/o amputación a los 2-5 años de un 50%.

OBJETIVO

Exponer el beneficio del abordaje integral en el retraso de las amputaciones.

METODOLOGÍA

Revisión de la literatura científica y presentación de tres casos clínicos.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1: varón de 72 años afecto de DM desde hace unos 30, presenta retinopatía, nefropatía y microangiopatía. Úlcera neuropática en MID con amputación de 1º y 2º

dedo, dedos conservados en garra. Caso 2: varón de 73 años afecto de DM no conocedor hasta hace 6 años, presenta nefropatía y microangiopatía. Úlcera neuropática en zona plantar del MID con amputación previa del 3º dedo. Caso 3: varón de 65 años afecto de DM desde hace 40 años, presenta retinopatía, nefropatía y microangiopatía diabética. Úlcera neuropática en MID con amputación de 1º 2º y 3º dedo, úlcera isquémica en MII con necrosis y amputación del 5º dedo. Los tres casos, son usuarios crónicos y periódicos de consulta de enfermería, en ella se controla el riesgo y realizan cuidados específicos.

RESULTADOS

Nuestros pacientes fueron remitidos a consulta de enfermería tras la 1º amputación. Pasados 5 años de seguimiento han ocurrido recidivas y un caso, el nº 3, ha precisado amputación del 5º dedo del MII.

CONCLUSIONES

El enfoque multidisciplinar es sin duda la mejor manera de detectar, atajar y evitar las complicaciones de la DM y con ello las amputaciones. Los cuidados de enfermería integral, protocolizada, esmerada y constante son fundamentales para conseguir retrasar recidivas y evitar llegar a las amputaciones. Su mantenimiento en el tiempo es una labor que requiere conocimientos y una gran dosis de tenacidad. La lesión no tendrá buenos resultados mientras no consigamos corregir cuantas circunstancias inter vengan en cada caso.

CORRELACIÓN ENTRE EL CONTROL DE LA URTICARIA CRÓNICA Y LA CALIDAD DE VIDA

Autores: Sierra-Talamantes C^(1,2), Zaragoza-Ninet V⁽²⁾, Palomar-LLatas F^(1,2), Fornes-Pujalte B^(1,2), Díez-Fornes P⁽²⁾, Zamora-Ortiz J⁽²⁾.

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

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

Contacto: malacu@ono.com

INTRODUCCIÓN

La urticaria crónica (UC) se caracteriza por la aparición de habones/ronchas y prurito/picor, de intensidad variable, durante más de seis semanas. Aunque no es una enfermedad grave puede afectar, considerablemente, en la calidad de vida del paciente. Se considera que los fármacos antihistamínicos son el tratamiento de primera elección incrementando las dosis en casos de respuestas no adecuadas aunque en casos difíciles de controlar pueden requerir tratamiento con moduladores de IgE, siguiendo las guías de EAACI/GA LEN/EDF/WAO.

OBJETIVO

Valorar la importancia del control del tratamiento y su repercusión en la calidad de vida del paciente y en el manejo de la enfermedad.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo sobre la historia clínica de 12 pacientes con UC asistidos, en el Servicio de Dermatología del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia durante un periodo de seguimiento de 6 meses. Variables a estudio: Edad y sexo. Para evaluar la gravedad de la UC y la respuesta al tratamiento empleamos la escala de actividad de UC UAS7, en la que se valora mediante una escala el prurito y el número de habones y se establecen 5 grados de actividad de la enfermedad: UC grave, UC moderada, UC leve, UC controlada y UC inactiva • Para evaluar la calidad de vida del paciente empleamos el cuestionario CU-Q20L, en el que se valoran mediante 23 ítems 6 escalas: trabajo, sueño, prurito/verguenza, estado mental, hinchazón/alimentación y limitaciones de estética.

RESULTADOS

Sociodemográficos: La edad media fue de 46,25 años. Hombres 17% y mujeres 83%. Severidad UC al inicio: 33,4% pac. Moderada: 50% pac. Leve: 16,6 % pac. Severidad UC 6 meses: Grave: 0% pac. Moderada: 8,3% pac. Leve: 25% pac. Controlada: 16,6% pac. No activa: 50% pac. INDICE CALIDAD VIDA CU-Q2oL INICIO: trabajo 41,66%, sueño 51,75%, prurito / vergüenza 47,08%, estado mental 27,50%, hinchazón / alimentación 13,16%, limitaciones de estética 17,50%. INDICE CALIDAD VIDA CU-Q2oL 6 meses: 6,66%, 18,25%, 5,55%, 3,33%, 2,00% y 4,00%, respectivamente.

CONCLUSIONES

Las escalas para evaluar la gravedad de la UC son una buena herramienta para valorar la actividad de la enfermedad así como la respuesta y la eficacia del tratamiento. La utilización de cuestionarios de calidad de vida en la UC son elementos útiles para la evaluación y seguimiento de la enfermedad.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE PICADURAS DE INSECTO

Autores: Sierra-Talamantes C ^(1,2), Zaragoza-Ninet V ⁽²⁾, Palomar-Llatas F ^(1,2), Fornes-Pujalte B ^(1,2), Díez-Fornes P ⁽²⁾, Zamora-Ortiz J ⁽²⁾.

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

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

Contacto: malacu@ono.com

OBJETIVO

Facilitar de forma sencilla la actuación de enfermería en la identificación y tratamiento de las picaduras de insecto más habituales en nuestro entorno.

METODOLOGÍA

Selección de las picaduras de insecto más habituales motivo de consulta en nuestro medio: Mosquito, Avispa y abeja, Garrapata, Piojo, Pulga, Chinche. Identificación de la picadura del insecto mediante: Manifestaciones, clí-

nicas según el agente causal, Morfología de las lesiones según el agente causal, Habitat del insecto. Posibilidad de transmisión de enfermedades por vectores

RESULTADOS

Tratamiento específico de las lesiones según el agente causal. Tratamiento general de las picaduras de insecto. Tratamiento de la anafilaxia. Medidas preventivas.

CONCLUSIONES

La mayoría de reacciones a picaduras de insecto tienen un manejo sencillo, pero algunas pueden o requerir una actuación específica por la posibilidad de transmisión de enfermedades mediadas por vectores o por el riesgo de desencadenar cuadros sistémicos graves.

FOTOTERAPIA EN UN CASO DE MICOSIS FUNGOIDE

Autores: García-Fanjul E, González-Delgado S.

Casa del Mar. Hospital de Cabueñes. Gijón.

Contacto: eligfanjul@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La micosis fungoide (MF) es la forma más frecuente de LCCT (Linfomas cutáneos de células T), representando un 50% de todos los linfomas cutáneos primarios. Su curso suele ser indolente y su progresión lenta, de años o décadas. Existe una clasificación TNMB (Tumor, lymph Node, Metastasis, Blood) específica, la cual sirve tanto para el estadiaje de la enfermedad como para predecir el pronóstico. Una de las opciones terapéuticas para la MF, es el PUVA (administración oral de Psoraleno + aplicación de radiación UltraVioleta A) o combinaciones de éste con otros tratamientos sistémicos.

OBJETIVO

Presentar un caso clínico de micosis fungoide tratado con fototerapia.

METODOLOGÍA

Presentamos el caso clínico de un varón de 76 años, diagnosticado de Micosis Fungoide T3NxM0B0 (Estadío IIB). El paciente presenta lesiones en brazos, glúteos y tronco de 6 años de evolución. Tras el diagnóstico por biopsia, se decide comenzar con PUVA según el protocolo del servicio. La enfermera de la Unidad de fototerapia realiza el plan de cuidados del paciente según diagnósticos NANDA.

RESULTADOS

La evolución del paciente ha sido excelente, consiguiéndose una reducción del tamaño e infiltración de las lesiones, y la curación de las heridas que presentaba. Como consecuencia, se consigue un mayor confort. Se llega a replantear la necesidad de aplicar tanto la radioterapia como el Bexaroteno pautados en la valoración previa al inicio de PUVA.

CONCLUSIONES

La fototerapia con PUVA, con los cuidados de enfermería realizados a lo largo de todo el proceso, reduce de manera significativa los síntomas que presentaba el paciente en su valoración inicial.

DECÁLOGO PARA LA IONTOFORESIS

Autores: González-Delgado S, García-Fanjul E.

Casa del Mar. Hospital de Cabueñes. Gijón.

Contacto: latitasoni@gmail.com

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 no bien conocido. 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, y creemos que enfermería es la indicada para este fin.

OBJETIVO

Nuestro objetivo con este decálogo es ofrecer una guía sencilla con consejos prácticos y ordenados para el desarrollo del tratamiento de iontoforesis en el domicilio.

METODOLOGÍA

Hemos realizado una revisión de la bibliografía correspondiente a los MeSH: Hiperhidrosis; Iontophoresis en Epistemonikos, MEDLINE, SCIELO y WOS, desde 2010 hasta hoy.

RESULTADOS

Como resultado les presentamos este decálogo a modo de documento para el paciente, como recordatorio de los pasos a seguir.

CONCLUSIONES

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 efectos secundarios, leves en todo caso, si se utiliza adecuadamente. Enfermería juega un papel importante a la hora de desarrollar el entrenamiento previo en iontoforesis que defienden distintos 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 interesados para comprender mejor la técnica, sus riesgos y su uso correcto.

ARTROPATIA PSORIASICA: NEXO DE UNIÓN ENTRE REUMATOLOGIA Y DERMATOLOGIA. INTRODUCCION DE TRATAMIENTO BIOLÓGICO S/C EN CONSULTA DE ENFERMERIA REUMATOLOGICA

Autores: Librada-Sanz MP ⁽¹⁾, Moreno-García MS ⁽²⁾, Orta-Hernández MP ⁽¹⁾, Pérez-Sola MA ⁽¹⁾, Garnica-Arias E ⁽³⁾, Martín de Aguilera-Moro C ⁽¹⁾.

1) Enfermeras. Hospital Reina Sofía de Tudela. Navarra.

2) Reumatóloga. Hospital Reina Sofía de Tudela. Navarra.

3) Médico Interno Residente. Hospital Reina Sofía de Tudela. Navarra.

Contacto: pilarlibrada@hotmail.es

INTRODUCCIÓN

Se estima que la prevalencia de psoriasis en la población general está entre el 0,1-2,8%, y en pacientes con artritis ronda el 7%. En las recomendaciones EULAR aconsejan un abordaje multidisciplinar. Ante la necesidad que se nos plantea, al incorporar los nuevos tratamientos biológicos (TTB) en la consulta de Reumatología, se decide incluir esta nueva prestación en enfermería.

OBJETIVOS

Informar sobre los tratamientos y cuidados necesarios para conseguir con su colaboración los mejores resultados posibles. Formar en las técnicas de punción subcutánea. Prevenir fomentando buenos hábitos higiénicos para evitar complicaciones por infecciones en la zona de punción. Implicar al paciente en la autoadministración. Detección más precoz de efectos adversos. Conseguir mejorar su calidad de vida.

METODOLOGÍA

Se abrió agenda Informatizada de enfermería en reumatología para citar a los pacientes, y formarlos en la técnica y manejo del tratamiento instaurado por el reumatólogo. Iniciando el protocolo acordado entre consulta médica y enfermería desde febrero del 2013 hasta la fecha actual (agosto de 2015). Información de auto-administración del tratamiento. Explicando la técnica, observando como lo hacen ellos. Y valorando la capacidad de entendimiento y aprendizaje. Apoyo emocional. Y dando nueva cita según valoración. Información de posibles efectos adversos, adjuntándoles cuidados y teléfono de contacto para consulta de cualquier reacción o duda.

RESULTADOS

Han sido revisado un total de 42 pacientes (19 mujeres, 23 varones) con diagnóstico de artritis psoriásica (32 con afectación periférica, 6 con afectación axial y 4 con afectación mixta), presentando psoriasis con afectación cutánea 22, ungueal 6, cuero cabelludo y piel 2, piel y ungueal 8, cuero cabelludo y ungueal 2 y con afectación de piel, cuero cabelludo y ungueal 2. En dicho periodo han iniciado TTB en esta consulta un total de 12 pacientes, generando un total de 24 visitas a enfermería reumatológica.

CONCLUSIONES

Se ha observado una mejoría en la relación con el paciente como con los compañeros que integran el equipo multidisciplinar especializado en los cuidados del paciente afecto de artritis psoriásica, así como una mejor adhesión y notable mejoría en la confianza del paciente hacia la consulta de enfermería reumatológica y dermatológica.

TERAPIA FOTODINÁMICA EN EL MANEJO DE DISTINTAS PATOLOGÍAS DERMATOLÓGICAS DE ORIGEN INFECCIOSO: UNA ALTERNATIVA RÁPIDA, EFICAZ Y BIEN TOLERADA FRENTE A LOS TRATAMIENTOS CONVENCIONALES.

Autores: Loro-Coello MC⁽¹⁾, Santiago Sánchez-Mateos JL^(1,2), Fernández Pacheco-Gallego MJ⁽¹⁾.

(1) Unidad de Enfermería del Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario de Ciudad Real

(2) Unidad de Investigación Traslacional. Hospital General Universitario de Ciudad Real

Contacto: mccloro@hotmail.es

INTRODUCCIÓN

El uso de terapia fotodinámica (TFD) en dermatología se basa en los efectos biológicos derivados de la foto-oxidación de biomoléculas expuestas a un fotosensibilizante tópico (ácido 5-aminolevulínico o 5-metilo aminolevulinato) y una fuente de luz sobre diversas lesiones cutáneas. En los últimos años, existe una tendencia a emplear la TFD en patología infecciosa como verrugas víricas, lesiones de acné, onicomycosis y lesiones de leishmaniasis cutánea (botón de oriente) por su buena eficacia, acción rápida y tolerabilidad respecto a otras opciones clásicas de tratamiento con antisépticos, quimioterápicos o cirugía.

OBJETIVO

Presentar una serie de casos dermatológicos con aplicación de la TFD.

METODOLOGÍA

De enero a septiembre de 2015, se recogieron los datos de todos los pacientes tratados con TFD con 5-metilo aminolevulinato (MAL) tópico y patología infecciosa en la Unidad de fototerapia del Servicio de Dermatología del Hospital General Universitario de Ciudad Real. Se clasificó a los pacientes en cuatro grupos de patologías según el origen etiológico (virus, bacterias, hongos y protozoos), recogiendo el diagnóstico, tratamientos previos, número de sesiones con TFD hasta conseguir la curación clínica de las lesiones cutáneas y tolerancia.

RESULTADOS

Todos los pacientes que recibieron tratamiento con TFD mostraron buena respuesta de las lesiones cutáneas a partir de la segunda sesión y evolucionaron hacia la curación sin dejar cicatrices u otros estigmas, siendo más largo el tratamiento en casos de verrugas víricas que en otras patologías

de origen infeccioso. Sólo 2 pacientes se quejaron de dolor/quemazón durante el tratamiento.

CONCLUSIONES

Presentamos una serie de pacientes con patología dermatológica infecciosa de etiología diversa (virus, bacterias, dermatofitos y protozoos), que no habían respondido a las primeras líneas de tratamiento (verrugas víricas) o que rechazaron el uso de tratamientos clásicos por su toxicidad sistémica (dermatofitosis y leishmaniasis cutánea), y que mostraron una excelente respuesta terapéutica, bajo el punto de vista clínico y cosmético, rapidez de acción y tolerabilidad, con TFD y MAL.

CUIDADOS DE FÍSTULA ENTEROCUTÁNEA CON AFECTACIÓN DE PIEL PERILESIONAL. DESCRIPCIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Autores: Pita-Miño P, López-De los Reyes R, Seco-Ramos P, Cupeiro-García M, Vía Fernández E, Castañeda-Cuevas MC.

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Contacto: pedro.pita.mino@sergas.es

OBJETIVO

Describir un caso clínico de un paciente con enfermedad de Crohn y enterostomía cutánea de difícil resolución debido al excesivo reflujo intestinal que afectaba a piel perilesional.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO Y EVOLUCIÓN

Presentamos el caso de un varón de 19 años con enfermedad de Crohn de 11 años de evolución refractaria al tratamiento médico que precisó cirugía urgente con muy mal estado nutricional presentando un abdomen catastrófico con peritonitis severa que precisó cierre diferido de la pared abdominal y terapia de vacío presión negativa (TVPN). Posteriormente presenta fístula completa de alto débito a nivel yeyunal que interfiere en la adecuada evolución de la herida quirúrgica para afrontar la cirugía de reconstrucción de la fístula. Se procedió al manejo inicial de la herida quirúrgica con TPN y posteriormente a la combinación innovadora de productos de cura en ambiente húmedo (CAH) y productos de estomaterapia (PES) para manejar y/o reducir los efectos del exudado y del reflujo del contenido intestinal de la enterostomía y conseguir una mejoría del estado de la piel perilesional para afrontar su cicatrización por tercera intención.

CONCLUSIONES

En adecuado abordaje y combinación de CAH y PES para manejar el exudado y reflujo del contenido intestinal facilitó la normalización de la epitelización de los bordes de la herida quirúrgica, disminuyendo el disconfor del paciente (frecuencia de curas) y colaboró de forma indirecta en la mejoría de la mucosa intestinal y en definitiva facilitando la cirugía de cierre de la fístula.

RESOLUCIÓN DE UNA COMPLICACIÓN POR DERMATITIS DE CONTACTO IRRITATIVA EN UNA COLOSTOMÍA TERMINAL TRANSRECTAL

Autores: Seco-Ramos P, Cupeiro-García M, Castañeda-Cuevas MC, López-Leira A, Vía-Fernández E, Pita-Miño P.

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

Contacto: pedro.pita.mino@sergas.es

OBJETIVO

Mostrar nuestra experiencia en la resolución de un caso clínico de complicación por dermatitis de contacto irritativa en una colostomía

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO Y EVOLUCIÓN

Presentamos el caso de una mujer de 68 años que tras intervención programada de Neo maligno de recto (Adenocarcinoma avanzado en recto distal) con resultado de una colostomía terminal transrectal por debajo del ombligo en fosa ilíaca izquierda. Transcurridos 6 días desde la primera cura se observó la aparición de una dermatitis de contacto en toda la piel circundante al estoma, probablemente como consecuencia de reacción de hipersensibilidad irritativa a alguno de los componentes del dispositivo de ostomía y/o del material fecal; la piel periclostómica evoluciona con un aspecto muy enrojecida, irritada y edematosa, debido a las continuas fugas del contenido de la colostomía. La actuación enfermera se centró en aislar el estoma para evitar las fugas (pasta y resinas moldeadoras, cambios de dispositivo) y prevenir infecciones, proteger la piel periestomal (películas barrera y polvos para estomas).

CONCLUSIONES

La dermatitis de nuestra paciente se produjo en principio por contacto con el dispositivo (lámina de la bolsa de colostomía) y más tarde por contacto directo con el efluente del propio estoma, por fuga. Fue una complicación de carácter transitorio y respondió bien al tratamiento. En general, no suele ser una complicación muy frecuente (dermatitis por contacto con dispositivo), según nuestra experiencia, siempre y cuando se realice una adecuada valoración de la piel y la mucosa para identificar el problema relacionado con la alteración cutánea y poder así aplicar los cuidados apropiados de forma precoz.

EDUCACIÓN SANITARIA AL PACIENTE DIAGNOSTICADO DE PSORIASIS

Autores: Hernández-Orta MP, Martín de Aguilera-Moro MC, Librada-Sanz M P, Pérez- Sola MA, Zubieta-Les MC, Escalada-Abraham J.

Enfermeras de Consultas Externas del Hospital Reina Sofía de Tudela (Navarra)

Contacto: mhernano@cfnararra.es

INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria, recidivante y crónica. Afecta al 2% de la población, por lo que es una patología habitual en la consulta de dermatología, suponiendo un coste sanitario importante. Por su etiología autoinmune se considera una enfermedad sistémica y puede asociarse a otras comorbilidades que es importante detectar y controlar. Puede aparecer a cualquier edad, pero tiene mayor incidencia entre los 20 y los 50 años. El 80% de los pacientes sufre psoriasis leve o moderada que podrían mejorar con cuidados, estilos de vida saludables y adherencia a la terapia tópica, pero la falta de conocimientos, desánimo, inconstancia... pueden motivar fracaso del tratamiento con mal control de la enfermedad y de la calidad de vida del paciente.

OBJETIVOS

Facilitar la educación sanitaria del paciente sobre la enfermedad, cuidados, prevención de comorbilidades... Favorecer la adherencia al tratamiento. Promover estilos de vida saludables y mejorar la calidad de vida del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Seguimiento en la Consulta de Enfermería Dermatológica CEDER. Proceso de Atención Enfermero (PAE): valoración, diagnóstico enfermero (NANDA), objetivos (NOC), intervenciones (NIC) y resultados. Educación sanitaria: información y formación del paciente. Favorecer el aprendizaje mediante comunicación oral, entrega de folletos informativos...

RESULTADOS

Valoración en la CEDER del psoriasis (PASI, BSA, DLQI) y de los objetivos NOC logrados. Conocimiento: conducta sanitaria, cuidados de la enfermedad, régimen terapéutico... Conducta cumplimiento de la medicación prescrita. Autocuidado: administración correcta de tratamiento biológicos subcutáneos. Integridad tisular. Autogestión de los cuidados. Aceptación de la enfermedad y autoestima. Control de la ansiedad. Control del riesgo. Conducta de promoción de la salud...

CONCLUSIONES

Es importante desarrollar el potencial de la enfermera en la educación sanitaria, ya que el paciente bien informado utilizará mejor los recursos sanitarios, comprenderá mejor su enfermedad, se implicará más en su tratamiento y cuidados, mejorará sus resultados de salud y aumentará su satisfacción, su autonomía y su calidad de vida.

LESIONES DÉRMICAS DE ORIGEN VASCULAR MIXTO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Prieto-Gondell A, Oreona-Carro L.

Centro de Salud de Neda. A Coruña.

Contacto: aprigon1@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Una úlcera vascular es la pérdida de la integridad cutánea, desencadenada por un problema frecuentemente circulatorio y que persiste en el tiempo durante al menos seis semanas. Según su etiología pueden ser: Venosas o de estasis: asientan sobre piel dañada por una dermatitis secundaria a hipertensión venosa. Arteriales o isquémicas: secundarias a un déficit de aporte sanguíneo en la extremidad afecta. Mixtas: comparten características de ambas.

OBJETIVO

Revisión del manejo de las úlceras vasculares mediante la presentación de un caso clínico.

CASO CLÍNICO

Varón de 75 años, presenta cardiopatía isquémico-valvular y fibrilación auricular, intervenido de plastia tricuspídea, prótesis biológica mitroaórtica, colocación de marcapasos definitivo e implante de stent vasculares. A tratamiento con Sintrom y Adiro. Al alta hospitalaria acudió a consulta de enfermería, presentando úlceras mixtas en MMII: En MID: Las lesiones cubrían la cara anterior de la pierna con ligera necrosis y abundante tejido de granulación. En MII: presentaba una herida exudativa que cubría la cara anterior de la pierna, con zonas necróticas y abundantes esfacelos. En la parte postero-inferior presentaba una segunda herida con tejido necrótico. Se iniciaron curas con hidrocoloide Ag, hidrogel y espuma de poliuretano no adhesiva. Mala tolerancia por hipersensibilidad cutánea, con tendencia al enrojecimiento y descamación. Se utilizaron cremas hidratantes hipoalérgicas, de zinc, ácidos grasos y gasas de algodón 100%, en función de evolución clínica. Se realiza vendaje ligeramente compresivo, ya que las lesiones, al ser puerta de salida del edema, dificultaban la cicatrización y favorecían la infección. Ante la presencia de cambios en el aspecto del exudado, se realizó cultivo del mismo, siendo positivo para *S. Aureus* resistente a metilicina, para lo cual se inició tratamiento sistémico y aislamiento de contacto. Por su lenta evolución fue enviado a Dermatología, iniciándose tratamiento según las pautas recomendadas y posteriormente derivado a la cámara hiperbárica, que no toleró por su patología cardíaca. Se inició tratamiento con Urgo-Clean de forma experimental, respondiendo positivamente, limpiando el lecho de las úlceras y reduciendo su tamaño.

RESULTADOS

Úlcera posterior curada y reducción significativa de ambas lesiones de la cara anterior del MII.

CONCLUSIONES

Gracias a un abordaje multidisciplinar y a los exhaustivos cuidados de enfermería en atención primaria se logró una importante reducción de la lesión y del dolor, así como una mejoría de la piel perilesional.

PADRES GESTORES DE CUIDADOS DE UNA RECIÉN NACIDA OSTOMIZADA; ¿QUIÉN ENSEÑA A QUIÉN?

Autores: Eiriz-Barbeito D, Carballas-Argiz C, Rama-Rabufal M, Pérez- Pérez V, Suarez-Pérez E, Botas-Lamas L.

Servicio de Neonatología del Hospital Teresa Herrera. A Coruña.

Contacto: dolores.eiriz.barbeito@sergas.es

INTRODUCCIÓN

Las Unidades Neonatales, una vez derribadas barreras que separan padres de hijos, han de promover su participación en los cuidados de sus bebés y su integración en el equipo asistencial. En los bebés ostomizados múltiples factores condicionan la aparición de graves lesiones cutáneas. La mala colocación de las bolsas colectoras origina y/o agravan el problema siendo una técnica de alta complejidad en este grupo de pacientes

OBJETIVO

Crear relaciones de confianza y apoyo mutuo entre equipo asistencial y padres. Mantener actitudes abiertas que permitan cambiar los roles tradicionales padres- enfermera. Conseguir una integración real de los padres otorgándoles el protagonismo que les corresponde. Reducir las lesiones cutáneas del periestoma derivadas de la inadecuada colocación de las bolsas colectoras.

MÉTODO

Descripción de nuestra experiencia con los padres de una recién nacida portadora de una ileostomía, que se convirtieron en docentes para el personal de la Unidad y para otros padres de niños en la misma situación. Actualmente nuestro protocolo recoge su método de colocación/cambio de bolsa y se aplica a los niños ostomizados.

RESULTADOS

Los padres han recibido el reconocimiento de todos los miembros del equipo asistencial y han expresado su satisfacción de ser útiles para otros niños. El personal ha confiado en la experiencia de estos padres y ha contrastado las mejoras que representa su método, que se aplica con total aceptación. En los pacientes en los que se ha aplicado el método se observa una mejora significativa de la adherencia de las bolsas colectoras y una reducción de lesiones cutáneas.

CONCLUSIONES

Consideramos que esta experiencia más allá del beneficio inmediato sobre los procedimientos enfermeros de nuestra Unidad, representa una nueva puerta abierta hacia un cambio en los roles de los padres de los Recién Nacidos que han de adquirir cada vez más el protagonismo que les corresponde en los cuidados. En el proyecto de la futura "Escola de Pais" de nuestra Unidad los padres tendrán un papel muy relevante para el desarrollo de sesiones formativas y talleres.

TERAPIA PRESION NEGATIVA/ RESULTADOS POSITIVOS

Autores: Pérez-Sola M^a A, Zubieta-Les M^a C, Hernández-Orta M^a P, Martín de Aguilera-Moro M^a C, Librada-Sanz M^a P.

Enfermeras de Consultas Externas del Hospital Reina Sofía, de Tudela (Navarra)

Contacto: mperezso@cfnavarra.es

INTRODUCCIÓN

La presión negativa es un término que se utiliza para describir una presión inferior a la presión atmosférica normal y se aplica por medio de un sistema de aspiración. Este sistema acelera la cicatrización al preparar el lecho de la herida para el cierre, disminuye el edema, favorece la formación de tejido de granulación, aumenta la perfusión y elimina el exudado. Existen diferentes tipos de sistema según la cantidad de exudado:

1. Recogen el exudado en un apósito que se coloca pegado a la piel (recomendado en heridas con exudado bajo).
2. Recogen el exudado en una unidad recolectora (recomendado en heridas con exudado moderado); en este tipo de sistema se puede modificar el tipo de aspiración (A- Continua. B- Intermitente).

OBJETIVO

Presentar un caso clínico de un paciente con TPN

METODOLOGÍA

Nos basamos en un caso clínico. Paciente de 81 años, sintronizado, que acude al servicio de consultas de enfermería traumatológica tras ser intervenido quirúrgicamente por una fractura distal de tibia y peroné derechos (osteosíntesis con placa y tornillos en ambos maléolos), tras ser curado en su centro de salud presenta una necrosis importante en ambas heridas. Se inician curas para desbridamiento físico y químico y tras limpiar ambas heridas se inicia TPN con apósito recolector, en la herida del maléolo interno.

RESULTADOS

Hemos utilizado este método en el tratamiento de heridas, mediante presión negativa, que mejora considerablemente la evolución de las mismas. Tras la aplicación del sistema de TPN vemos que:

1. Favorece la curación de heridas, disminuyendo el tiempo de curación.
2. Promueve el tejido de granulación.
3. Protege la herida de agresiones externas.
4. El tratamiento se puede realizar de forma ambulatoria permitiendo al paciente hacer una vida muy normalizada (transporte cómodo, vida laboral activa, etc.)

CONCLUSIONES

Reduce la frecuencia de cambios. Aumenta la calidad de vida del paciente. Disminuye los costes económicos.

PAPILOMAVIRUS CON TERAPIA FOTODINÁMICA EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DERMATOLÓGICA CEDER

Autores: Hernández-Orta MP⁽¹⁾, Martín de Aguilera-Moro MC⁽¹⁾, Floristan-Resa P⁽¹⁾, Rivera-Fuertes J⁽²⁾, Pérez-Pelegay J⁽²⁾, Lafuente-Urrez RF⁽²⁾.

1) Enfermeras. Consulta Dermatología Hospital "Reina Sofía" Tudela. Navarra.

2) Dermatólogos. Consulta Dermatología Hospital "Reina Sofía" Tudela. Navarra.

Contacto: mhernano@cfnavarra.es

INTRODUCCIÓN

La infección por Papilomavirus (HPV) cutáneo es una patología muy frecuente en dermatología. Por su carácter recurrente muchos pacientes, tras ser diagnosticados y tratados por el dermatólogo, son derivados a la Consulta de Enfermería Dermatológica CEDER para seguimiento. La gran variedad de tratamientos que se emplean (queratolíticos, crioterapia, podofilino, inmuno-moduladores, esparadrapterapia...) indica que ningún tratamiento es efectivo en un 100% de los casos y en ocasiones su curación supone un reto. Actualmente la terapia fotodinámica (TFD) es una nueva opción en el tratamiento en verrugas recalcitrantes.

OBJETIVOS

Ofrecer otra alternativa de tratamiento en verrugas persistentes o en localizaciones especiales. Revisar los pacientes atendidos en la CEDER con papiloma virus. Analizar los casos tratados con Terapia Fotodinámica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Descripción de la técnica de TFD en verrugas vulgares. Estudio observacional-retrospectivo de los datos estadísticos de la CEDER. Iconografía de casos.

RESULTADOS

Se presentarán los datos obtenidos de la revisión y análisis de la CEDER en relación a las consultas realizadas a pacientes con papilomavirus y los casos tratados con TFD desde el año 2014 que es cuando iniciamos esta modalidad de tratamiento para lesiones de HPV que han fracasado con otros tratamientos.

CONCLUSIONES

La terapia fotodinámica es una modalidad de tratamiento que realizamos desde hace años en lesiones oncológicas superficiales en nuestra CEDER, su aplicación en otras patologías como las verrugas vulgares es más novedosa. No existen protocolos establecidos. En nuestra experiencia hemos observado que: - No provoca efectos adversos importantes. Algunos pacientes refieren molestias que son bien toleradas con la administración previa de Paracetamol, pulverizando agua fría durante la iluminación y aplicando después un Hidrogel frío. - La eliminación de la hiperqueratosis antes del tratamiento mediante limado previo, aplicación de queratolíticos y raspado de las lesiones mejora su efectividad. - Tras realizar 3 sesiones cada 15 días, conviene espaciar las sesiones para ir valorando la respuesta. - Hemos obtenido buenos resultados con resolución en varios casos de verrugas recalcitrantes de mucho tiempo de evolución que no habían evolucionado bien con otros tratamientos.

Los profesionales y las redes sociales en el abordaje de úlceras y heridas

Autor: Luis Arantón Areosa.

Enfermero. Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol. Servizo Galego de Saúde
Máster en Deterioro de la Integridad Cutánea, Úlceras y Heridas

Contacto: luaranton@gmail.com

Estimad@s compañer@s y amig@s de ANEDIDIC, como ya señalaba en el número 22, el uso generalizado de dispositivos electrónicos (tablets y smartphones) con conexión a Internet en tiempo real⁽¹⁾, está cambiando nuestra forma de relacionarnos, tanto a nivel personal, como a nivel profesional.

El papel más activo del paciente, en busca de información fidedigna, ha encontrado corresponsabilidad y respuesta en muchos profesionales y organizaciones sanitarias, que tratan de generar espacios de consulta y de reflexión, foros de discusión de casos, grupos de trabajo online o sencillamente proporcionar información sencilla pero fiable y libre de sesgos, de la cual puedan beneficiarse los usuarios, para mejorar sus conocimientos^(1,2).

El desarrollo tecnológico actual, facilita este intercambio de conocimientos a través de redes sociales, blogs, foros de discusión, listas de correos u otros entornos, que nos permiten interactuar tanto con otros profesionales, como con pacientes y cuidadores⁽³⁾.

Las Redes Sociales (RRSS) constituyen un espacio de relación, comunicación e intercambio de contenidos, imprescindible para que este cambio se produzca de manera irreversible, ya que en tiempo real facilita la consulta a especialistas muy alejados físicamente, permite reuniones de expertos en un área de conocimientos concreta, posibilita incorporar a esas consultas a otros pacientes y cuidadores, sea para nuevas consultas o como ejemplo de lo que se está estudiando.

En este número trataremos de identificar y proponerles, espacios de intercambio y comunicación en úlceras y heridas que actualmente tienen mayor presencia y trascendencia en Twitter.

UPP Pediatría y otras heridas^(imagen 1), (<https://twitter.com/UPPpediatria>), cuyo identificador de usuario, es @UPPpediatria, es una de la pocos espacios en que se ofrece información clara y fidedigna para profesionales sanitarios, sobre tratamiento y prevención de heridas de etiología múltiple (UPP, heridas agudas) en los tramos de edad infantil y pediátrica. Disponen también de página Web (<http://www.uppediatria.org/>).

“ANEDIDIC” ^(Imagen 2), con su usuario @anedidic, es, desde junio de 2011, El Twitter oficial (<https://twitter.com/anedidic>), de la Asociación Nacional de Enfermería Dermatológica, donde se puede encontrar información fiable sobre úlceras y heridas, además de las publicaciones a texto completo y gratuito, de la Revista Enfermería Dermatológica. En su página Web (<http://www.anedidic.com/>), disponen de toda el conocimiento científico que genera la asociación.

“ÚLCERAS.NET” ^(Imagen 3), con su usuario [Ulceras.net](https://twitter.com/Ulcerasnet), conforma un espacio divulgativo sobre heridas y úlceras, dirigido tanto a profesionales, como a pacientes (<https://twitter.com/Ulcerasnet>), que es una prolongación de su página Web: <http://www.ulceras.net/>.



Imagen 1 - UPP Pediatría y otras heridas (@UPPpediatria) <https://twitter.com/UPPpediatria>



Imagen 2 - ANEDIDIC (@anedidic)
<http://twitter.com/anedidic>



Imagen 3 - ULCERAS.NET (Ulceras.net)
<https://twitter.com/Ulcerasnet>



Imagen 4 - Ulceras y Heridas @ulcerasyheridas
<https://twitter.com/ulcerasyheridas>



Imagen 5 - UHC ALJARAFENORTE @UnidadHeridas
<https://twitter.com/UnidadHeridas>

“Úlceras y Heridas” (Imagen 4), con su usuario @ulcerasyheridas es el Twitter oficial de la Consulta de Úlceras y Heridas del Hospital Universitario Son Espases, de Palma de Mallorca (<https://twitter.com/ulcerasyheridas>), desde septiembre de 2013. También disponen del blog: <http://ulcerasyheridas.blogspot.com.es/>.

“UHC ALJARAFE NORTE” (Imagen 5), (<https://twitter.com/UnidadHeridas>), con su identificador de usuario @UnidadHeridas, es el Twitter oficial de la Unidad de Heridas Crónicas de Distrito de Aljarafe Norte de Atención Primaria de Sevilla.

“SG Heridas” (Imagen 6), con el usuario @SGHeridas, es desde marzo de 2012, el Twitter oficial de la Sociedad Gallega de Heridas (<https://twitter.com/SGHeridas>). También dispone de página Web (<http://www.sociedadgallegadeheridas.es/>).

“DEBRA España” (Imagen 7), con el usuario @pielde-mariposa, constituye, desde 2010, el Twitter oficial de DEBRA España, Asociación de Piel de Mariposa; entidad sin ánimo de lucro, formada por personas afectadas, familiares y profesionales tanto sanitarios, como sociosanitarios (<https://twitter.com/pieldemariposa>). Dispone de varias tiendas solidarias repartidas por todo el país, como manera de conseguir fondos para seguir investigando.

“GNEAUPP” (Imagen 8), con el usuario @GNEAUPP, es desde noviembre de 2012, el Twitter oficial del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de las Úlceras por Presión y heridas crónicas. También disponen de página Web con multitud de información accesible a texto completo (<http://gneaupp.info/>).

“ASOANhE” (Imagen 9), con el usuario @ASOANhE, es desde septiembre de 2013, el Twitter oficial de la Asociación Multidisciplinar Andaluza de Ul-



Imagen 6 - Sociedad Gallega de Heridas, @SGHeridas
<https://twitter.com/SGHeridas>



Imagen 7 - Debra España @pieldemariposa <https://twitter.com/pieldemariposa>

ceras por Presión y Heridas Crónicas (<https://twitter.com/ASOANhE>).

“REPOSE” (Imagen 10), con el usuario @100x100_CONFORT, activo desde septiembre de 2012, es el Twiter oficial de Repose®. Un concepto avanzado en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión y alivio del dolor, desde una nueva concepción de superficies especiales para el manejo de la presión (https://twitter.com/100x100_CONFORT). Página Web: (<http://www.repose.es/>)

“PARAFARMIC” (Imagen 11), con el usuario @PARAFARMIC, es desde septiembre de 2012, el Twiter oficial (<https://twitter.com/PARAFARMIC>), de esta singular empresa de Parafarmacia online, especializada en productos de curación de heridas y distribuidores de productos clínicos, con accesibilidad durante las 24 horas y que plantea diversas opciones de adquisición de material (incluye camas articuladas y superficies para manejo de presión en régimen de alquiler). Dispone de información pormenorizada en su página Web (<https://www.parafarmic.com/>)

Espero que la información aportada, os resulte de utilidad; y como siempre, agradeceremos vuestra atención y pediros que me hagáis llegar sugerencias sobre aquellos contenidos que os gustaría 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*. 2014; 8(22):44-49
2. Fernández-Salazar S, Ramos-Morcillo AJ. Prescripción de links y de aplicaciones móviles fiables y seguras, ¿estamos preparados para este nuevo reto?. *Evidentia* 2013 abr-jun;10(42). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n42/ev4200.php>
3. Landete-Belda L. Las Heridas en las redes sociales: cayendo en la era 2.0. *Enferm Dermatol*. 2015; 9(24):46-53



Imagen 8 - GNEAUPP @GNEAUPP <https://twitter.com/GNEAUPP>



Imagen 9 - ASOANhE @ASOANhE <https://twitter.com/ASOANhE>



Imagen 4 - REPOSE @100x100_CONFORT https://twitter.com/100x100_CONFORT



Imagen 5 - PARAFARMIC @PARAFARMIC <https://twitter.com/PARAFARMIC>



ECOGRAFÍA CUTÁNEA FACIAL PRÁCTICA

Título: Ecografía cutánea facial práctica: La ecografía que no te puedes perder

Autor: Dr. Fernando Alfageme Roldán

Editorial: Book Layout

Año: 2013

Págs.: 74

Autor del comentario: Jesús A. Platas Ferreiro

Enfermero y Técnico en Radiología Servicio de Radiodiagnóstico, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Contacto: jesus.angel.platas.ferreiro@sergas.es

Fecha de recepción: 23/10/2015
Fecha de aprobación: 30/11/2015

Ecografía Cutánea Facial Práctica es un libro dirigido a los profesionales de la salud en general y, en particular, a aquellos que tengan o puedan tener responsabilidad clínica sobre el área de la piel, como pueden ser: médicos dermatólogos, cirujanos plásticos, enfermeros especialistas en el cuidado de la piel y heridas, etc.

El libro se basa en el uso de la ecografía cutánea, una técnica diagnóstica de imagen no invasiva, que se sirve de las propiedades físicas del ultrasonido para el estudio de la piel y los anejos. Su contenido se desarrolla a través de 9 capítulos:

- Capítulo 1. Elementos de ecografía cutánea
- Capítulo 2. Ecografía del cuero cabelludo y la frente
- Capítulo 3. Ecografía de la región periocular
- Capítulo 4. Ecografía de la región temporal (sien)
- Capítulo 5. Ecografía de la mejilla
- Capítulo 6. Ecografía de los labios
- Capítulo 7. Ecografía de la nariz
- Capítulo 8. Ecografía de la oreja (pabellón auricular)
- Capítulo 9. Ecografía mandibular y mentoniana

Cada capítulo está dedicado a una región anatómica, que cuenta con explicaciones básicas sobre su importancia clínica y se complementa con imágenes ecográficas rotuladas, para su mejor comprensión. Además, el autor proporciona las claves para realizar, desde el punto de vista ecográfico, la mejor exploración clínica.

Todos los capítulos siguen una pauta didáctica que facilita al lector el aprovechamiento de ésta “herramienta” diagnóstica (ecografía):

- Ecoanatomía de la región: describe la estructura de la piel, vasos, nervios, músculos, tabla ósea.
- Patología frecuente: Inflamatoria, tumoral y estética.

Lectura recomendada: específica de cada región anatómica.

En definitiva, como dice su autor, Ecografía Cutánea Facial Práctica no es un libro para leer, es un libro para “usar”, ya que destaca por ser una herramienta didáctica que, desde el enfoque del diagnóstico por imagen, nos acerca un poco más al aprendizaje y conocimiento del mundo de la dermatología, a través de la ecografía cutánea.

Este libro se puede conseguir gratuitamente mediante el envío de un email al autor.

Sobre el autor: Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad Complutense de Madrid (UAM). Especialista en Dermatología Médico-quirúrgica y Venereología. Experto en Diagnóstico Dermatológico No invasivo por Imagen. Es en la actualidad Profesor Asociado de Dermatología de la UAM. Trabaja como Dermatólogo en el Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Puerta de Hierro. Comparte su conocimiento y pasión por la ecografía cutánea en su blog

www.ecocutanea.com