

- *Muñecas de juguete que simulan dermatosis y lesiones cutáneas como en la vida real.*
- *Dermatitis atópica. Plan de cuidados estandarizado basado en la experiencia clínica.*
- *Prevalencia de patología cutánea y ungueal en una muestra poblacional de un centro de la tercera edad de la provincia de A Coruña.*
- *Úlcera de pie diabético: resolución de caso difícil con varias alternativas.*
- *Caso clínico de paciente con úlcera venosa tratada con terapia multicapa.*

número **23**

año 8. septiembre-diciembre 2014

MUÑECAS DE JUGUETE QUE SIMULAN DERMATOSIS Y LESIONES CUTÁNEAS COMO EN LA VIDA REAL

DOLLS THAT SIMULATE DERMATOSIS AND INJURY TO THE SKIN AS IN REAL LIFE

Autor: José María Rumbo Prieto.

MScN, RN. Supervisor de Cuidados, Investigación e Innovación
Máster en Deterioro de la Integridad Cutánea, Úlceras y Heridas
Gerencia de Gestión Integrada de Ferrol

Contacto: jmrumbo@gmail.com

Fecha de recepción: 18/10/2014
Fecha de aprobación: 02/11/2014

Estamos alcanzando la época navideña, época de vacaciones, regalos de Navidad y Reyes y como cada año, las empresas del sector se esmeran por conseguir el juguete o juego más innovador y popular, buscando el máximo beneficio económico.

Un juguete muy peculiar está llamando poderosamente la atención de los profesionales que se dedican al estudio y cuidados de la piel y sus enfermedades, sobre todo por lo inusual y porque rompe moldes estéticos, se trata de una muñeca extremadamente realista, que imita en extremo lo humano y que, según los medios publicitarios y de comunicación, podría llegar a ser considerado el juguete del año 2014.

Lammily™, la muñeca que simula ser una joven normal de 19 años, de pelo castaño oscuro, sin maquillaje y con un cuerpo (caderas, pecho y abdomen) adaptado a los cánones reales del 80% de las mujeres de su edad, ya que su perfil sigue el prototipo de veinteañera americana, tan lejos de la estilizada e irreal figura de la muñeca Barbie™. Para que las niñas vean con naturalidad la realidad de las mujeres de su entorno: madres con celulitis, hermanas o ami-



Figura 1: Muñeca Lammily™ caracterizada con diferentes dermatosis y heridas. (Imágenes extraídas de la página web de lammily.com)¹

gas con acné..., está muñeca trae como accesorios adicionales un surtido de pegatinas de quita y pon (Lammily Marks) (Imagen 1), con las que poder customizarla y que parezca que tiene ciertas patologías de la piel, propias de la juventud y la vida real: celulitis, acné, cicatrices, heridas, rasguños, moratones, lunares, pecas, manchas, arrugas, estrías, habones por picaduras o tatuajes, entre otros¹. Su creador, el diseñador gráfico

Nickolay Lamm², ha testeado su invento en un colegio de Pittsburgh (Pensilvania); en niños/as de 7-8 años y todos coinciden en que “parece una persona normal”.

Otros intentos por conseguir un modelo de muñeca con estereotipo de joven adolescente lo más parecida a la vida real (con espinillas, granos, lunares o nevus...); es la propuesta del también diseñador gráfico Eddie Aguirre, que en 2013 hizo un “lavado de cara” a la famosa muñeca Barbie[™], publicando fotos en donde se le ve con brackets, abdomen y caderas más prominentes, cara sin maquillar, ojeras, manchas faciales y acné, lo que resultó ser una figura más humana y con un aspecto más realista³ (**Imagen 2**).

Otra propuesta de realismo en las muñecas, podemos verla en la empresa Mattel, que desde el año 2012 fabrica un modelo de Barbie[™] con alopecia total, denominada Beautiful Bald Barbie⁴. Este interesante proyecto, trata de mitigar los efectos de pérdida de autoestima, ansiedad y depresión que podrían sufrir las niñas con cáncer, por la pérdida del cabello como consecuencia de la quimioterapia. Por medio del juego con esta Barbie calva, de nombre Elle, se propone fomentar que las niñas y la sociedad, sigan viéndose de forma normal, igual de “guapas y femeninas”. Algunas iniciativas similares con muñecas y muñecos calvos, son los True Hope Bratz[®] and Moxie Girlz[™] Dolls / Boyz, de la empresa MGA Entertainment⁵.

Cabe citar también la existencia de un variado grupo de muñecos/as de juguete que, aunque simulan estereotipos urbanos actuales y realistas, no está claro que sean un buen ejemplo de influencia socio-cultural, al menos desde un enfoque dermatológico; me estoy refiriendo a los tatuajes y piercing con los que quieren aparentar realismo algunos muñecos actuales como: Barbie Tattoo, Zombi Boy doll, Toralei Stripe-Monster High doll, Clawdeen Wolf- Monster High doll, etc.

En conclusión, el futuro de los juguetes parece orientado hacia el realismo dermatológico de los cánones de belleza adolescente en la vida real, con acné, lunares, estrías, celulitis..., y que podría deparar también cosas interesantes con Kent (el chico de Barbie), evolucionando hacia un estereotipo menos refinado, con espinillas, un poco de barriga e incluso... ¡calvicie!. Mientras tanto, les dejo como regalo navideño, un curioso juego de ordenador de la protagonista de la película de dibujos animados Frozen[™] (2013, Disney[™]), llamado “Elsa Terapia con Sanguijuelas”⁶, donde podemos enseñar a nuestros hijos, sin riesgo de secuelas, como cicatrizar heridas y conseguir un rostro más hermoso.



Imagen 2. Barbie[™] sin maquillaje, con manchas y acné, caracterizada por Eddi Aguirre. (Imágenes extraídas del portafolio del autor en behance.net)³

BIBLIOGRAFÍA:

1. Lammily.com, Lammily Doll [website]: Pittsburgh (USA): lammily.com; 2014 [access: 2014 /12//20]. Available from: http://lammily.com/wp-content/uploads/2014/11/marks_2.jpg
2. Nickolaylamm.com, Nickolay Lamm [website]: USA: nickolaylamm.com; 2014 [access: 2014 /12//20]. Available from: <http://nickolaylamm.com/>
3. Behance.net, Eddi Aguirre [website]: NYC (USA): behance.net; 2014 [access: 2014 /12//20]. Available from: <https://www.behance.net/gallery/Barbie/2143713>
4. Castillo M. Mattel to manufacture bald Barbie doll. CBS News; March 30, 2012 [access: 2014 /12//20]. Available from: <http://www.cbsnews.com/news/mattel-to-manufacture-bald-barbie-doll/>
5. Char. Bravo MGA! Introducing True Hope Bratz and Moxie Girlz. DollDiaries; February 14, 2012 [access: 2014 /12//20]. Available from: <http://dolldiaries.com/bravo-mga-introducing-true-hope-bratz-and-moxie-girlz/>
6. 123peppy.com; Elsa leech therapy game [website]: USA: 123peppy.com; 2014 [access: 2014 /12//20]. Available from: <http://www.123peppy.com/es/play/elsa-leech-therapy>

DERMATITIS ATÓPICA. PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO BASADO EN LA EXPERIENCIA CLÍNICA.

ATOPIC DERMATITIS. STANDARDIZED CARE PLAN BASED ON THE CLINICAL EXPERIENCE.

Autora: Raquel Alba Martín.

Enfermera. Unidad de Dermatología. Hospital Reina Sofía de Córdoba (España).

Contacto: raquelalbamartin@satse.es

Fecha de recepción: 15/10/2014
Fecha de aprobación: 26/11/2014

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria de la piel, autoinmune y de etiología desconocida, que ha aumentado su prevalencia considerablemente en las últimas décadas, debido a varias causas como: la excesiva higiene, la contaminación, el estrés, cambios en el estilo de vida, etc.

OBJETIVO: Unificar la continuidad de los cuidados enfermeros para garantizar la calidad asistencial a los pacientes afectados de dermatitis atópica.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio Descriptivo. Se creó un grupo de trabajo para elaborar un plan de cuidados sobre la dermatitis atópica moderada-severa, basado en la taxonomía enfermera NANDA-NOC-NIC.

RESULTADOS: Tras la valoración directa realizada al paciente con dermatitis atópica moderada-severa, según las catorce necesidades de Virginia Henderson, obtenemos un plan de cuidados estandarizado, cuyos diagnósticos, objetivos e intervenciones emergen de la valoración inicial.

CONCLUSIONES: La estandarización de un plan de cuidados de enfermería al paciente con dermatitis atópica es necesaria debido a la complejidad del tratamiento de dicha patología, cuyo objetivo final del tratamiento es el distanciamiento de los brotes que puede sufrir el paciente.

PALABRAS CLAVE: dermatitis atópica; eczema; plan cuidados enfermería; atopia.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Atopic dermatitis is an inflammatory skin disease, autoimmune and of unknown etiology, which has increased its prevalence considerably in recent decades, due to several causes such as excessive hygiene, pollution, stress, and lifestyle changes.

OBJECTIVE: To unification the continuity of nursing cares to ensure quality of care for patients suffering from atopic dermatitis.

MATERIAL AND METHODS: Descriptive study. A working group was created to develop a plan of care for moderate to severe atopic dermatitis, based on the taxonomy nurse NANDA, prior review of the literature.

RESULTS: Following assessment on patients with moderate to severe atopic dermatitis, according to Virginia Henderson fourteen needs, we get a standardized care plan, whose diagnoses, goals and interventions emerge from the initial assessment.

CONCLUSIONS: The standardization of a plan of nursing care of the patient with atopic dermatitis is necessary due to the complexity of the treatment of this disease, with the ultimate goal of treatment is the distancing of outbreaks that may suffer the patient.

KEYWORDS: atopic dermatitis; eczema; nursing care plan; atopic.

INTRODUCCIÓN

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad crónica, recurrente e inflamatoria de la piel. Estudios epidemiológicos a nivel mundial demuestran un aumento sostenido de la prevalencia de DA en las últimas décadas, habiéndose incrementado la misma en algunos países más de dos veces desde 1960 hasta la actualidad⁽¹⁾. Su curso crónico y el prurito, muchas veces desesperante, producen un notable descenso en la calidad de vida de las personas que la padecen. En el 80% de los casos se pueden asociar con enfermedades atópicas (asma bronquial y rino-conjuntivitis). Sin embargo, en un 16-25% de las DA no se hallan enfermedades atópicas^(2,3). Se caracteriza por lesiones eczematosas de distribución característica, piel seca y picor intenso, principalmente; y aunque siendo benigna, puede llegar a alterar la calidad de vida (sueño, trabajo, estudios). Los pacientes con dermatitis atópica tienen disminuido el umbral del picor⁽³⁾.

Dicha enfermedad, de causa multifactorial, requiere un tratamiento integral del paciente, en el que debemos abordar aspectos biopsicosociales. Debido a la gran complejidad del régimen terapéutico, los resultados esperados por el paciente no son siempre satisfactorios, sobre todo cuando el tratamiento es puramente clínico. Por todo ello, se hace necesario dirigir líneas de investigación cualitativa, donde podemos abordar el problema desde dentro de la psique humana, de forma integral, y sobre todo trabajando como la enfermería lo ha sabido hacer desde siempre, con las respuestas humanas^(1,2).

Está demostrado que la piel atópica es diferente en su morfología y funcionalidad a la piel sana, por tanto, las funciones de barrera cutánea, defensiva y termorreguladora son deficitarias. También se ha postulado que la piel de los pacientes con DA se puede hacer más vulnerable a la sensibilización por la exposición a la polución atmosférica⁽³⁾.

Los cambios histológicos que presenta dicho órgano (el más extenso del cuerpo humano)⁽⁴⁾, son: El déficit de ceramidas y de algunas proteínas (filagrina), dan lugar a un estrato córneo anormal, donde el agua se pierde con más facilidad produciéndose deshidratación. Además, la respuesta inmune mediada por las células de Langerhans es exagerada, produciendo una elevada concentración de citoquinas proinflamatorias, responsa-

bles del eritema, prurito y consecuentes heridas de dicha piel debido al rascado.

El tratamiento de la enfermedad es una especie de escalera en la que vamos subiendo peldaños según nos va obligando la intensidad de cada uno de los cuadros. Hay que individualizar las distintas posibilidades para cada paciente e, incluso, para cada brote. Sus bases⁽³⁻¹²⁾ son:

- A. Hidratación diaria: Se recomienda la hidratación mediante ingesta oral de líquidos dos o tres veces al día para compensar en la medida de lo posible la pérdida de agua a través del estrato córneo, ya que dicha barrera es deficitaria.
- B. Evitación de desencadenantes: Estos desencadenantes pueden ser, lana, sintéticos, Aeroalérgenos (ácaros del polvo, hongos, polen, epitelio de animales,), alteraciones emocionales (ansiedad, estrés), sudoración, ambientes contaminados, humo del tabaco, jabones, lociones irritantes, perfumes, aguas cloradas o cambios bruscos de temperatura.
- C. Tratamiento con corticoides/inmunomoduladores: Indicados durante las exacerbaciones. El descubrimiento de inmunomoduladores tópicos en el año 2002 supuso un gran avance en el tratamiento, disminuyendo la necesidad de corticoides y de sus efectos secundarios como son la atrofia cutánea.

También, es fundamental educar sobre estos pilares del tratamiento, así como el abordaje integral en su aspecto biopsicosocial. Así, podremos garantizar tanto la calidad de los cuidados, ya que el lenguaje común disminuye la variabilidad profesional, como el fomento del autocuidado del paciente, aumentando por tanto su seguridad.

Es por ello, que el seguimiento de un plan estandarizado de cuidados de enfermería al paciente con dermatitis atópica moderada-severa constituye uno de los pilares fundamentales para la calidad de la prestación sanitaria, disminuyendo la variabilidad profesional a través de la utilización de un lenguaje común basado en la taxonomía NANDA-NOC-NIC.⁽⁶⁻¹¹⁾

El objetivo de este trabajo es determinar la unificación y continuidad de los cuidados enfermeros (plan de cuidados) para garantizar la atención de calidad al paciente con dermatitis, tanto en el ámbito de atención primaria como especializa-

da. También tratará de explicar a los profesionales de enfermería el cuidado de la piel atópica e identificar los factores que pueden desencadenar un brote.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo transversal de lo que sería un plan de cuidados de un paciente con DA moderada-severa, en la Unidad de Dermatología del Hospital Reina Sofía de Córdoba (España); durante los meses de abril-noviembre de 2014.

Para ello, se creó un grupo de trabajo encargado de elaborar un plan de cuidados sobre la dermatitis atópica moderada-severa, basado en la taxonomía enfermera NANDA-NOC-NIC, previa revisión bibliográfica, formado por 4 enfermeros de la unidad y 2 médicos especialistas, que colaboraron en la selección final de los registros más relevantes (peer review).

La revisión bibliográfica abarcó como período de búsqueda el comprendido entre 2009-2014; y se utilizaron la base de datos internacional MedLine, a través de Pubmed, y bases de datos nacionales (IME, Cuiden Plus,...); así como el meta-buscador de Internet Google Scholar. La estrategia de búsqueda incluyó los siguientes términos:

«NANDA and atopic dermat*», «NIC and atopic dermatitis», «intervention and health care and nursing», «competences and atopic dermatitis» y «competences and nursing and dermatology». Para la elección de estos términos se utilizó el tesoro de cada una de las bases de datos consultadas o, en su defecto, las listas de vocabulario controlado. Se utilizaron las palabras clave combinadas con operadores booleanos (AND-OR (*)), para limitar la búsqueda.

Mediante la aplicación del proceso enfermero (PAE), y en base a la valoración de las catorce necesidades de Virginia Henderson, elegimos adecuadamente los diagnósticos y consensuamos con el paciente el plan de cuidados, orientándolos hacia la consecución de los criterios de resultado (NOC), a través de las intervenciones referidas (NIC); en base a la experiencia clínica de nuestra unidad.

RESULTADOS

Tras la valoración realizada al paciente con dermatitis atópica y, basándonos en las catorce necesidades de Virginia Henderson, obtenemos un plan de cuidados estandarizado basado en 8 diagnósticos relevantes, cuyos objetivos e intervenciones emergen de dicha valoración inicial que se desarrolla en las tablas siguientes:

Diagnóstico NANDA	Resultados NOC	Intervenciones NIC
(00046). Deterioro de la integridad cutánea r/c hidratación, cambios en el tesor y déficit inmunitario, m/p destrucción de las capas de la piel.	(001102) Curación de la herida por primera intención. Indicadores de resultado: (110203) Resolución de la secreción serosa. (110212) Resolución de la sequedad. (110212) Resolución del prurito.	(002316) Administración de medicación. Tópica (003590) Vigilancia de la piel. (003550) Manejo del prurito. Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Aplicar cremas y lociones medicamentosas, según sea conveniente. • Administrar antipruriginosos, según esté indicado. • Enseñar al paciente a evitar jabones y aceites de baño perfumados. • Atentar al paciente a utilizar un humidificador en casa. • Aconsejar al paciente a no utilizar ropa muy estrecha y tejidos de lana o sintéticos. • Enseñar al paciente a mantener cortas la uñas. • Informar al paciente de la necesidad de limitar el baño a una o dos veces por semana (en brotes agudos). • Instruir al paciente a que se bañe con agua tibia y a secarse bien. • Enseñar a paciente a utilizar la palma de la mano para frotarse una amplia zona de la piel o pellizcarse la piel suavemente con el pulgar y el dedo índice para aliviar el prurito.

Diagnóstico NANDA	Resultados NOC	Intervenciones NIC
(00133): Dolor relacionado con incapacidad física manifestado por informe verbal del dolor, trastornos del sueño.	(001605) Control del dolor. Indicadores de resultado: (160501) Reconoce factores causales. (160511) Refiere dolor controlado. (160508) Utiliza los recursos disponibles. (160503) Utiliza medidas preventivas.	(005618) Enseñanza. Procedimiento/ tratamiento. (002380) Manejo de la medicación. (005330) Control del humor. (004480) Facilitar la auto-responsabilidad Actividades: <ul style="list-style-type: none"> Educación para la salud en el manejo de medicación. Actitud empática para favorecer la comunicación bidireccional.

Diagnóstico NANDA	Resultados NOC	Intervenciones NIC
(00118). Trastorno de la imagen corporal r/c ocultamiento intencionado de una parte del cuerpo, m/p respuesta no verbal a cambios corporales reales (aspecto, estructura y función).	Objetivo. (NOC) (001308) Adaptación a la discapacidad física. Indicadores de resultado: (130801) Expresa capacidad para adaptarse a la discapacidad. (130808) Identifica maneras para enfrentarse con cambios en su vida. (130819) Informe de la disminución de la imagen corporal negativa.	(005400) Potenciación de la autoestima. (005220) Potenciación de la imagen corporal. Actividades: <ul style="list-style-type: none"> Actitud de escucha activa para favorecer relación terapéutica y potenciar su autoestima.

Diagnóstico NANDA	Resultados NOC	Intervenciones NIC
(00004). Riesgo de infección r/c defensas primarias inadecuadas, aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos.	(001102) Curación de la herida: por primera intención. Indicadores de resultado: (110203) Resolución de la secreción serosa. (110212) Resolución de la sequedad. (110212) Resolución del prurito. (110212) Hidratación.	(006550) Protección contra las infecciones. (003660) Cuidados de las heridas. Actividades: <ul style="list-style-type: none"> Enseñanza de técnica adecuada de curación de heridas y desinfección. Fomentar la hidratación oral diaria adecuada.

Diagnóstico NANDA	Resultados NOC	Intervenciones NIC
(00008). Termorregulación ineficaz r/c enfermedad, m/p piel enrojecida, caliente al tacto y escalofríos leves.	(000800) Termorregulación. Indicadores de resultado: (080007) Cambios de coloración cutánea. (080015) Comodidad térmica referida. (080001) Temperatura cutánea afectada.	(003900) Regulación de la temperatura. (00648) Manejo ambiental. Actividades: <ul style="list-style-type: none"> Educación sobre uso de Ropa ligera de algodón para reducir el sobrecalentamiento. Recordarle que el ejercicio fuerte se debe evitar durante las erupciones. Instruir a paciente para minimizar la sudoración evitando ambientes cálidos. Aplicar frío para aliviar la irritación.

Diagnóstico NANDA	Resultados NOC	Intervenciones NIC
(00078). Gestión ineficaz de la propia salud r/c complejidad del sistema de cuidados de la salud, m/p verbaliza deseos de manejar la enfermedad y dificultad con el régimen prescrito	(001813) Conocimiento: régimen terapéutico. Indicadores de resultado: (181307) Actividad prescrita. (181304) Efectos esperados del tratamiento. (181310) Proceso de la enfermedad.	(05618) Enseñanza: procedimiento/tratamiento. (05602) Enseñanza: proceso de enfermedad. Actividades: <ul style="list-style-type: none"> Educación para la salud sobre efectos secundarios/esperados del tratamiento.

Diagnóstico NANDA	Resultados NOC	Intervenciones NIC
(000198) Trastorno del patrón del sueño r/c interrupciones, m/p informes de haberse despertado.	(000004) Sueño. Indicadores de resultado: (000404) Calidad del sueño. (000425) Dolor. (000401) Horas de sueño. (000406) Sueño interrumpido.	(01850) Mejorar el sueño. (005960) Facilitar la meditación. (006482) Manejo ambiental: confort. Actividades: <ul style="list-style-type: none"> Colocar guantes durante el sueño para limitar arañazos incontrolados, según sea conveniente. Instruir en técnicas de relajación (Jacobson)

Diagnósticos NANDA	Resultados NOC	Intervenciones NIC
(00062). Riesgo de cansancio del rol de cuidador r/c complejidad de las tareas de cuidados	(002208) Factores estresantes del cuidador familiar. Indicadores de resultado: (220801) Factores estresantes referidos por el cuidador. (220816) Pérdida de tiempo personal.	(007040) Apoyo al cuidador principal. (05230) Aumentar el afrontamiento. (05270) Apoyo emocional. (006040) Terapia de relajación simple. (001400) Manejo del dolor. Actividades: <ul style="list-style-type: none"> Hacer uso de las competencias en habilidades sociales para favorecer la relación de ayuda con el cuidador principal.

DISCUSIÓN

Los primeros estudios que intentaron cuantificar estos aspectos negativos de la enfermedad son anglosajones. Desgraciadamente existen pocos estudios realizados en España y puede que sus resultados no sean útiles en un diferente contexto sociocultural. Actualmente todos los protocolos de investigación incluyen estos aspectos. Pero, además, la importancia de estos estudios radica en que son la vía de llamar la atención de las Autoridades Sanitarias a la hora de movilizar recursos en un determinado campo. Es entonces cuando el término de calidad de vida adquiere toda su relevancia⁽¹²⁾ y una futura línea de investigación para el estudio de esta enfermedad.

Se echa de menos una reflexión sobre qué hacemos las enfermeras en las consultas, apoyo emocional, contacto en brotes, enseñanza del proceso de la enfermedad, control de los síntomas, etc. en definitiva, educación y prevención

de las complicaciones y adiestramiento del paciente para facilitar la adherencia al tratamiento.

Así, en nuestra consulta, cada tratamiento debe individualizarse, intentando reducir efectos causales o exacerbantes tales como alérgenos, infecciones y/o irritantes. Es por ello que se hace imprescindible nuestra función docente para facilitar la relación terapéutica con el paciente mediante habilidades sociales y, entre ellas, la empatía, la escucha activa y la comunicación bidireccional, para prestar cuidados de calidad.

La estandarización de un plan de cuidados de enfermería al paciente con dermatitis atópica es necesaria debido a la complejidad del tratamiento de dicha patología, cuyo objetivo es el distanciamiento de los brotes que puede sufrir el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dei-Cas PG, Acuña MK, Dei-Cas I. Dermatitis atópica en niños: estudio comparativo en dos grupos etarios. Rev Chil Pediatr. 2011 [Internet]; 82 (5): 410-418. [Consultado el 26/11/2014] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062011000500006
2. Asociación Española de Familiares y Pacientes de Dermatitis Atópica (ADEA). Conocer la Dermatitis Atópica. Principios generales del cuidado de la piel con dermatitis atópica. Adeaweb.org [Sede Web]. 2014. [Consultado el 26/11/2014]. Disponible en: http://www.adeaweb.org/_02saber/ma/conocerlada/cuidadopiel/index.htm

3. Leonart-Bellfill R. La dermatitis atópica. En: Zubeldia JM, Baeza ML, Jáuregui I, Senent CJ, coordinadores. Libro de las Enfermedades Alérgicas de la fundación BBVA. [Internet]. Bilbao (Euskadi): Fundación BBVA; 2012. p.199-205. [Consultado el 26/11/2014]. Disponible en: <http://www.alergiafbbva.es/alergia.pdf>
4. National Eczema Association [Sede Web]. La dermatitis Atópica. 2014. Accesible online en: <http://nationaleczema.org/eczema/types-of-eczema/dermatitis-atopica/>
5. Dávila I, García I. Epigenética del Asma. [Ponencia]. En: XIV Reunión Anual de la Asociación Aragonesa de Alergia (ALERGOARAGON). [on-line]. 2010. [Consultado el 26/11/2014]. Disponible en <http://www.alergoaragon.org/2010/primer1.html>
6. Herdman TH, editor. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier España, SL; 2013.
7. Müller-Staub M. Evaluation of the Implementation of Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes. Int J Nurs Terminol Classif.[internet]. 2009; 20(1):9-15. [Consulted 26/11/2014]. Available in: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-618X.2008.01108.x/pdf>
8. De Cordova PB, Lucero RJ, Hyun S, Quinlan P, Price K, Stone PW. Using the Nursing Interventions Classification as a Potential Measure of Nurse Workload. J Nurs Care Qual. 2010; 25(1):39-45. [Consulted 26/11/2014]. Available in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2869293/pdf/nihms195645.pdf>
9. Cachón-Pérez JM, Álvarez-López C, Palacios-Ceña D. El significado del lenguaje estandarizado NANDA-NIC-NOC en las enfermedades de cuidados intensivos madrileñas: abordaje fenomenológico. Enferm Intensiva. [internet]. 2012; 23(2):68-76. [Consultado el 26/11/2014]. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/enfermeria-intensiva-142/pdf/90133702/S300/>
10. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editoras. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. (5ª Ed). Barcelona: Elsevier España, SL; 2013.
11. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CH, editoras. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). (6ª Ed). Barcelona: Elsevier España; SL; 2013.
12. Asociación Española de Familiares y Pacientes de Dermatitis Atópica (ADEA). La Dermatitis Atópica: Una visión global de una enfermedad de la piel (III). Adeaweb.org [Sede Web]. 2014. [Consultado el 26/11/2014]. Disponible en: <http://www.adeaweb.org/02saberimas/conocerlada/dermatitisIII/calidadvida.htm>

PREVALENCIA DE PATOLOGÍA CUTÁNEA Y UNGUEAL EN UNA MUESTRA POBLACIONAL DE UN CENTRO DE LA TERCERA EDAD DE LA PROVINCIA DE A CORUÑA

PREVALENCE OF SKIN AND NAIL PATHOLOGY IN A POPULATION SAMPLE OF A GERIATRIC CENTRE FROM THE PROVINCE OF A CORUNA

Autores: Sandra López Abad⁽¹⁾, Abián Mosquera Fernández⁽²⁾, Benigno Monteagudo Sánchez⁽³⁾

1- Grado en Podología. Universidad de A Coruña

2- Profesor colaborador doctor. Departamento de Ciencias de la Salud. Facultad de Enfermería y Podología. Universidad de A Coruña. Campus de Ferrol.

3- Licenciado en Medicina y Cirugía. Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Área Sanitaria de Ferrol. Servicio Gallego de Salud.

Contacto: sandralopezabad@gmail.com

Fecha de recepción: 28/07/2014

Fecha de aprobación: 12/09/2014

RESUMEN

El envejecimiento cutáneo es un proceso fisiológico que todas las personas acaban sufriendo. En este sentido la piel experimenta cambios estructurales y funcionales que se manifiestan bajo una clínica determinada.

El objetivo principal del presente estudio fue determinar la prevalencia de patología ungueal y cutánea en mayores de 65 años residentes del centro geriátrico de la tercera edad Santa María de Ois, Concello de Coirós (provincia de A Coruña). Para ello se llevó a cabo un estudio descriptivo, observacional, consistente en la búsqueda de la patología cutánea y ungueal más prevalente en personas de más de 65 años de un centro de la tercera edad.

La muestra final estuvo formada por 48 personas con una edad media de 84,25 años (rango de 65 a 95 años). Fueron estudiados 15 hombres y 33 mujeres. La patología cutánea más observada fue la xerosis (66,7%) seguida de helomas (20,8%), úlceras por presión (12,5%), queratodermia (4,2%), estucoqueratosis (2,1%), eczema crónico (2,1%) y dermatitis ocre (2,1%). Las patologías ungueales más prevalentes fueron por este orden la onicomiosis (45,8%), la onicogriposis (43,8%), las bandas longitudinales (27,1%), la distrofia ungueal (18,7%), las uñas mitad-mitad (14,6%) y la melanoniquia longitudinal (4,2%).

Palabras clave: anciano, envejecimiento, piel, uña.

SUMMARY

Skin aging is a physiological process that all people suffer. In this sense, the skin undergoes structural and functional changes showing up with a certain clinic.

The main objective of the present study was to determine the prevalence of skin and nail disease in a population over 65 years old, residents of the geriatric centre of St. Maria de Ois in the province of A Coruna.

A descriptive, observational study was carried out with the aim of searching the most prevalent skin and nail pathology in over 65 year old persons from a geriatric centre.

The final sample consisted of 48 residents with a mean age of 84.25 years (range 65-95 years). 15 men and 33 women were studied. The most frequent cutaneous pathology was xerosis (66.7%) followed by callus (20.8%), pressure ulcers (12.5%), keratoderma (4.2%), stucco keratosis (2.1%), chronic eczema (2.1%) and ochre dermatitis (2.1%).

The most prevalent nail disorders were in this order onychomycosis (45.8%), onychogryphosis (43.8%), longitudinal bands (27.1%), nail dystrophy (18.7%), nails half-half (14.6%) and longitudinal melanonychia (4.2%).

Key words: elderly, aging, skin, nail.

INTRODUCCIÓN

La población española está constituida en su mayoría por personas de más de 65 años en proceso de envejecimiento. En este sentido, Galicia se sitúa a la cabeza de las comunidades autónomas con la población más envejecida⁽¹⁾. Además, el aumento de la esperanza de vida conlleva un incremento de las patologías asociadas.

Son diversas las manifestaciones que aparecen a lo largo de la vida de una persona especialmente en su última etapa, ya sea por acumulación derivada del proceso de envejecer o por aparición de nuevas enfermedades, lo que implica un proceso de manifestaciones que afectan a los diferentes órganos y sistemas del cuerpo incluyendo la piel y sus anejos⁽²⁾. Como en cualquier otra parte del cuerpo el proceso de envejecimiento también se manifiesta en el pie, siendo habitual la xerosis y las lesiones hiperqueratóticas; se pierden melanocitos y los que quedan se hipertrofian produciéndose una alteración de los vasos sanguíneos que da lugar a la pérdida de vello⁽³⁾. Todos estos cambios se traducen en una mayor fragilidad y palidez, una alteración de la regulación de la temperatura (tendencia al frío) y de la respuesta inflamatoria y la aparición de fisuras que predisponen al anciano a sufrir ulceraciones y sobreinfecciones. Asimismo suele aparecer un aumento del umbral del dolor y una menor resistencia a los pequeños traumatismos lo que facilita la rotura de los vasos sanguíneos y una lenta cicatrización^(4,5).

Con respecto a los anejos cutáneos, a nivel ungueal son comunes los cambios de coloración. La lámina ungueal se torna amarillo-marrónácea, se engrosa y aparecen múltiples estrías longitudinales y transversales. También se ve alterado el contorno, el crecimiento y la superficie que se hipertrofia y muchas veces se separa del lecho ungueal. Las uñas se vuelven duras, secas y quebradizas⁽⁶⁾ apareciendo procesos como las infecciones fúngicas en un alto porcentaje de casos⁽⁷⁻¹⁰⁾.

Ciertas patologías observadas durante el envejecimiento están relacionadas con la presencia de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, las alteraciones tiroideas, enfermedades reumáticas (artritis reumatoide) u otros factores como la malnutrición o hábitos tóxicos (tabaco y alcohol)⁽¹¹⁾. En consecuencia, la población geriátrica es susceptible de presentar una

serie de patologías que suponen una problemática que cobra mayor importancia con el paso de los años motivo por el que el cuidado de los pies se vuelve especialmente importante. A esto se añade la dificultad para el autocuidado, la incapacidad para realizar una higiene adecuada, la pérdida de destreza para poder manipular objetos y la falta de agudeza visual entre otros factores, que contribuyen a la aparición de diversas patologías cutáneas y ungueales características. Con este trabajo se pretende determinar la prevalencia de patología cutánea y ungueal en una muestra seleccionada de personas mayores de 65 años.

MATERIAL Y MÉTODO

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, observacional de prevalencia en personas mayores de 65 años, durante los meses de enero a junio de 2014.

El trabajo se desarrolló íntegramente en el centro geriátrico de la tercera edad Santa María de Ois situado en el municipio de Coirós (provincia de A Coruña) que cuenta con una población de 1.765 habitantes, referida al año 2012, según el Instituto Nacional de Estadística (INE).

Se incluyeron residentes mayores de 65 años no incapacitados y sin deterioro cognitivo que dieron su consentimiento a participar. Por el contrario fueron excluidos aquellos residentes menores de 65 años, personas que no dieron su consentimiento a participar o que presentaban deterioro cognitivo o bien se encontraban incapacitados.

De un total de 55 residentes finalmente fueron 48 las personas que aceptaron participar en el estudio.

Tras la pertinente firma del consentimiento informado para participar y la autorización para la toma de material iconográfico, todos los participantes fueron informados acerca del procedimiento y propósito del estudio entregándose una hoja de información por escrito (si así lo decidiesen, pueden dejar el estudio en cualquier momento).

Aclaradas todas las dudas, se procedió a la exploración de cada participante y a la recogida de datos. De cada persona se estudiaron las siguientes variables:

- Variables sociodemográficas: Edad y sexo.

- Presencia de patología cutánea.
- Presencia de patología ungueal.

Los datos se recogieron a partir de la exploración visual de los pies de cada participante. Durante la realización del mismo se aseguró su anonimato respetando la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre), la Ley 41/2002 de 14 de noviembre (básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica), así como la Ley 3/2001 y el Decreto 29/2009 de 5 de febrero por el que se regula el acceso a la historia clínica electrónica. Además, los datos recogidos fueron reunidos en una base de datos codificada y específica del estudio para asegurar la protección de la identidad de cada persona.

Utilizando el paquete estadístico SPSS versión 22.0 se realizó un análisis descriptivo de todas las variables incluidas en el estudio. Las variables cuantitativas se expresaron como media \pm y desviación típica. Las variables cualitativas se expresaron como valor absoluto (n) y porcentaje con la estimación de su 95% de confianza.

RESULTADOS

La muestra estuvo formada por 48 personas. Fueron estudiados 15 hombres (31,2%) y 33 mujeres (68,8%). El rango de edad de las personas estudiadas osciló entre los 65 y los 95 años. La mayoría de los participantes tenían entre 80-89 años (62,5%) seguido del grupo con 90-95 años (20,8%) y el de 70-79 años (12,5%).

Respecto a la presencia de patología. Los resultados muestran una alta prevalencia tanto de patología cutánea como ungueal. Concretamente se ha hallado una prevalencia de xerosis del 66,7%, un 45,8% de onicomiosis y un 43,8% de onicogriposis en lo que fueron las tres patologías más frecuentes. Sólo dos personas no presentaron patología cutánea o ungueal alguna.

En menor frecuencia se observó la presencia de helomas (20,8%), hiperqueratosis y úlceras por presión (12,5%), queratodermia (4,2%) y en último lugar estucoqueratosis, eczema crónico y dermatitis ocre (2,1%). Por su parte las patologías ungueales menos frecuentes fueron las uñas mitad-mitad (14,6%), bandas longitudinales (27,1%), distrofia ungueal (18,7%) y melanoniquia longitudinal (4,2%),

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos evidencian una alta prevalencia de patología cutánea y ungueal en mayores de 65 años, población que a finales de 2011 representaba en España el 17,3% del total según datos del INE⁽¹⁾. Si bien es cierto que la muestra seleccionada no es representativa de la población general de mayores de 65 años, sí podemos afirmar que los datos obtenidos concuerdan con lo publicado en la literatura científica analizada que confirma la alta prevalencia de afecciones podológicas en este grupo de edad.

Más de la mitad de participantes pertenecen al sexo femenino (68,8%) al igual que en otros estudios revisados^(1,12). De las patologías cutáneas encontradas en mayor frecuencia, la xerosis (66,7%) representó un alto porcentaje entre la población a estudio (Figuras 1-3). Se estima que afecta al 75% de los individuos mayores de 75 años y que su incidencia se incrementa con la edad^(13,14).

En lo referente a la onicomiosis la prevalencia obtenida (45,8%), concuerda con los datos aportados por otros autores en población geriátrica (representando entre el 20% y el 40% del total de onicopatías)^(8,9). Estudios publicados demuestran que su prevalencia al igual que ocurre en el caso de la xerosis, aumenta con la edad alcanzando una incidencia de hasta un 48% en mayores de 70 años⁽¹⁵⁻



Figura 1. Xerosis en el dorso del pie derecho.



Figura 2. Xerosis en el dorso del pie derecho.



Figura 3. Xerosis en región dorso-lateral del pie derecho.



Figura 5. Onicomycosis en uñas (1, 2 y 4) del pie derecho.



Figura 4. Onicomycosis en uña del primer dedo pie izquierdo.

¹⁷⁾ Se trata de la infección ungueal más común cuya prevalencia mundial estimada se sitúa entre el 2%-50%⁽¹⁸⁾. La forma distal subungueal^(Figuras 4,5) aparece como la más común en la que característicamente la parte distal de la uña adquiere una coloración amarillo-blanquecina⁽¹⁹⁾.

Es también frecuente que los ancianos presenten una uña engrosada y alargada, por hipertrofia, es lo que se conoce como onicogriposis^(Figuras 6,7). Puede presentarse en cualquier uña de los dedos de los pies pero es más frecuente en las uñas de los primeros dedos del pie⁽²⁰⁾. Sus principales factores etiológicos son el trauma recurrente, los trastornos de la circulación periférica y el no cortar las uñas en un largo período de tiempo^(21,22).

En nuestro trabajo las afecciones cutáneas menos frecuentes fueron los helomas y las hiperqueratosis coincidiendo con Lázaro Ochaita⁽⁸⁾ e Hidalgo Ruiz⁽⁵⁾ seguidas de la queratodermia en talones, estucoqueratosis, úlceras por presión, eccema crónico y dermatitis ocre.

Las úlceras por presión, constituyen otro problema frecuente en la población geriátrica con un porcentaje que se estima entre el 45% y el 70%⁽²³⁾. El hecho de pasar muchas horas en posición de decúbito, la pérdida de espesor de la piel y la fragilidad, así como la mala circulación puede condicionar su aparición en este rango de edad. Se cree que su prevalencia general alcanza hasta un 12% de las personas residentes



Figura 6. Onicogrifosis en uñas 3,4 y 5 dedos del pie derecho.

en instituciones diversas (hospitales, centros de tercera edad, etc.)^(23,26), aunque en este trabajo, quizás por tratarse de una muestra pequeña no se hayan podido ver en gran medida. Con menor frecuencia hemos observado en este estudio patologías como la estucoqueratosis, la dermatitis ocre y el eccema crónico. La estucoqueratosis (queratoelastoidosis verrucosa) se caracteriza por presentar pápulas queratósicas planas, de coloración blanca grisácea, principalmente en las extremidades inferiores y en el dorso de las manos de pacientes ancianos⁽²⁴⁾. La dermatitis ocre se asocia a la insuficiencia venosa y se manifiesta como lesiones parduzcas limitadas en los miembros inferiores⁽²⁵⁾. El eccema crónico se manifiesta por una liquenificación y descamación. Tanto la dermatitis ocre como el eccema crónico no son entidades exclusivas de la edad geriátrica. Las deformidades óseas en los dedos o la incompatibilidad del pie con el calzado pueden causar una biomecánica defectuosa que conduce a una distrofia de la lámina ungueal y que a su vez puede degenerar en onicocriptosis, onicogrifosis, onicolisis, hiperqueratosis y hematoma subungueal^(26,27). En los ancianos suelen aparecer alteraciones en el color de las uñas. Pueden verse pálidas, sin brillo, opacas y con un color que va del blanco o amarillo al marrón o gris. Las manifestaciones clínicas son variadas, una de ellas son las uñas mitad y mitad, se ven



Figura 7. Onicogrifosis en la uña del primer dedo del pie derecho.

en pacientes urémicos, las uñas tienen un área blanca opaca de proximal a distal y una porción marrón (20%-60%)^(26,27). Otra de las manifestaciones son las bandas longitudinales que forman parte del proceso normal de envejecimiento^(23,27) y que en esta etapa se vuelven más pronunciadas y numerosas⁽¹⁵⁾.

En el caso de la melanoniquia longitudinal debería hacerse un correcto diagnóstico de la pigmentación para diferenciar si el origen es melánico y en consecuencia si es benigno o no, ya que los melanomas ungueales, aunque poco frecuentes, son tumores pigmentados que tienen un comportamiento muy agresivo y destructivo⁽²⁸⁾.

Como ya se ha comentado el aumento de la esperanza de vida media ha traído consigo un aumento de las afecciones cutáneas y ungueales en el anciano. Su prevención requiere de educación sanitaria y ciertos cuidados específicos como el corte periódico de las uñas, una higiene adecuada y la hidratación de la piel; sin embargo estos cuidados son difíciles de llevar a cabo en los casos de pérdida de visión, limitaciones de movilidad y pérdida de motivación personal para el autocuidado.

Creemos que los datos aquí presentados son una muestra de los crecientes problemas asociados al envejecimiento. Sin embargo, todas estas afecciones tienen tratamiento efectivo y son fáciles de abordar desde el punto de vista preventivo y terapéutico por lo que su identificación precoz cobra mayor importancia para con ello mejorar la calidad de vida de estas personas. La sensibilidad hacia estos problemas y su diagnóstico precoz es cada día más necesario motivos por lo que pensamos que debería ser más habitual un seguimiento clínico especializado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abellán-García A, Vilches-Fuentes J, Rodríguez-Pujol R. Un perfil de las personas mayores en España 2014. Indicadores estadísticos básicos [Internet]. Madrid: Informes envejecimiento en red nº 6. [acceso 15 de abril de 2014]. Disponible en <http://www.envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos14.pdf>
2. Yalçın B, Tamer E, Toy GG, Ozta P, Hayran M, Alli N. The prevalence of skin diseases in the elderly: analysis of 4099 geriatric patients. *Int J Dermatol.* 2006; 45(6):672-6.
3. Lozada SM, Rueda R. Envejecimiento cutáneo (Skin aging). *Rev Asoc Colomb Dermatol* 2010; 18: 10-7.
4. Huertas C. Las afecciones cutáneas y ungueales. En: Herbaux I, Blain H, Jeandel C, dir. *Podología geriátrica*. Badalona: Paidotribo; 2007: p. 247-59.
5. Hidalgo-Ruiz S, Benhamú-Benhamú S, Gijón-Noguerón G. Alteración de piel y uñas en el anciano. *Rev Esp Podol.* 2007; 18(6): 264-73.
6. Mitermite N, Rouquayrol L, Léglise MS. Las afecciones cutáneas y ungueales. En: Herbaux I, Blain H, Jeandel C, dir. *Podología geriátrica*. Badalona: Paidotribo; 2007: p. 269-85.
7. Herbaux I, Cros P. Las afecciones cutáneas y ungueales. En: Herbaux I, Blain H, Jeandel C, dir. *Podología geriátrica*. Badalona: Paidotribo; 2007: p. 261-8.
8. Lázaro-Ochaita P, Guillén-Llera F, Novel-Martí V, Alonso-Megías A, Balañá-Vilanova M, Díaz-Castella JM. Trastornos dermatológicos y podológicos en los pies de las personas mayores de 60 años: resultados del estudio descriptivo de la campaña "Pensando en los pies". *Piel.* 2004; 19(4): 184-90.
9. Kaur R, Kashyap B, Bhall P. Onychomycosis - epidemiology, diagnosis and management. *Indian J Med Microbiol.* 2008; 26(2): 108-16.
10. Rao S, Banerjee S, Kumar.Ghosh S, Nath-Gangopadhyay D, Jana S, Mridha K. Study of nail changes and nail disorders in the elderly. *Indian J Dermatol.*2011; 56(5): 603-6.
11. Alava-Trueba J, Arriola-Manchola E, Beobide-Telleria I, Aguirre-Calvo JJ, Muñoz-Díaz J, Urbieto-Umerez G. Guía farmacológica para los pacientes geriátricos. Centros gerontológicos Guipuzkoa [Internet]. [acceso 30 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/guia_pacientes_geriatricos.pdf
12. Silva P, Vera C, Kolbach M, Fernández F. Sospecha de patologías sistémicas a través de alteraciones ungueales. *Rev Med Chile.* 2006; 134: 231-8.
13. González MJ, San Miguel del Hoyo B. El envejecimiento de la población española y sus consecuencias sociales. *Alternativas: cuadernos de trabajo social.* 2001; 9:19-45.
14. Barco D, Giménez-Arnau A. Xerosis: una disfunción de la barrera epidérmica. *Actas Dermosifiliogr.* 2008; 99(9): 671-82.
15. Lezaeta C, Valenzuela L., Zemelman V, Valdés MP. Prevalencia de patologías cutáneas en el adulto mayor de 80 años: análisis de dos comunas del sector Norte de Santiago de Chile. *Rev Chilena Dermatol.* 2010; 26(2):138-43.
16. Baran R. The nail in the elderly. *Clin Dermatol.* 2011; 29(1): 54-60.
17. Ballesté R, Mousqués E, Gezuele E. Onychomycosis. Revisión del tema. *Rev Med Urug.* 2003; 19(2): 93-106.
18. Faergemann J, Baran R. Epidemiology, clinical presentation and diagnosis of onychomycosis. *Br J Dermatol.* 2003; 149 (Suppl 65):1-4.
19. Manzano-Gayoso P, Méndez-Tovar LJ, Arenas R, Hernández-Hernández F, Millán-Chiu B, Torres-Rodríguez J, López-Martínez R. Levaduras causantes de onychomycosis en cuatro centros dermatológicos mexicanos y su sensibilidad antifúngica a compuestos azólicos. *Rev Iberoam Micol.* 2011; 28(1): 32-5.
20. Theodosat A. Skin diseases in the lower extremities in the elderly. *Dermatol Clin.*2004;22(1):13-21.
21. Abrego AA, De Crignis GSN. Onicogriposis simulando carcinoma de células escamosas subungueal. *Rev Med Cient.* 2010; 23(1):56-7.
22. Briongos-Figuero LS, Bachiller-Luque P, Piqueras-Pérez JM. Onicogriposis: a propósito de un caso. *SEMERGEN - Medicina de familia.* 2008; 34:318.
23. Singh G, Haneef NS, Liday A. Nail changes and disorders among the elderly. *Indian J Dermatol.* 2005; 71(6): 388-92.

24. Corsinovi L, Bo M , Ricauda-Aimonino N , Marinello R , Gariglio F , Marchetto C , Gastaldi L , Fissore L , Zancocchi M , Molaschi M . Predictors of falls and hospitalization outcomes in elderly patients admitted to an acute geriatric unit. Arch Gerontol Geriatr.2009;49(1):142-5.
25. Ontón J, Cortez F, Carayhua D, Rengifo L. Pápulas verrucosas en extremidades y tronco superior. Dermatol Perú. 2006; 16(3):256-60.
26. Allevato M. Dermatitis purpúricas pigmentarias (capilaritis). Act Terap Dermatol. 2007; 30: 222.
27. Farage MA, Miller KW, Barardesca E, Maibach HI. Clinical implications of aging skin: cutaneous disorders in the elderly. Am J Clin Dermatol. 2009; 10(2):73-86.
28. Serrano-Falcón C, Serrano-Ortega S. La piel en la práctica diaria. Conducta ante una melanoniquia longitudinal de la uña. Piel. 2009; 24:200-5.

ÚLCERA DE PIE DIABÉTICO: RESOLUCIÓN DE CASO DIFÍCIL CON VARIAS ALTERNATIVAS

DIABETIC FOOT ULCER: RESOLUTION OF DIFFICULT CASE WITH SEVERAL ALTERNATIVES

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⁾, Alexo Carballeira Braña⁽³⁾, Francisco Guerrero Baena⁽⁴⁾.

(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 C. Plástica. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

(4) Servicio de Angiología y C. Vascular. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Contacto: federicop43@gmail.com

Fecha de recepción: 30/11/2014

Fecha de aprobación: 10/12/2014

RESUMEN

Se presenta un caso de herida de difícil curación que requirió diversas técnicas y procedimientos para su completa cicatrización (desbridamiento, terapia con presión negativa y cierre directo con colgajo), como estrategia para reducir el tiempo de curación.

Tras la aplicación del procedimiento establecido, el paciente no presentó complicaciones, procediendo al cierre directo con colgajo, lo que, en global pudo acortar los tiempos de cicatrización.

Palabras Clave: úlcera, úlcera pie diabético, apósito, ambiente húmedo, terapia presión negativa, úlcera neuropática.

ABSTRACT

We report a case of wound that are difficult to cure which required various techniques and procedures for their complete healing (debridement, therapy with negative pressure and direct closure with flap), as a strategy to reduce the healing time.

After the application of the established procedure, the patient had no complications, being the direct closure with flap, which, in global was able to cut the times of healing.

Key Words: *ulcer, diabetic foot ulcer, dressing, humid environment, negative pressure therapy, neuropathic ulcer.*

INTRODUCCION

Ocasionalmente la curación de heridas puede ser una tarea muy difícil y prolongarse mucho tiempo. Se entiende por "dificiles de curar", las heridas que con las terapias habituales, no alcanzan plena cicatrización y epitelización en un margen de tiempo razonable, por lo que pueden beneficiarse de la utilización de otras técnicas avanzadas⁽¹⁻³⁾, como podrían ser la Terapia de Presión Negativa (TPN), desbridamientos autolíticos eficientes, o la aplicación de oxígeno tópico, haciendo posible, una rápida cicatrización de este tipo de lesiones que denominamos "úlceras crónicas de difícil resolución".

Hay factores, tanto intrínsecos como extrínsecos, que pueden afectar a la mejora de la cicatrización de heridas: Edad, comorbilidades, isquemia, dermatitis, edema, infección, etc; encontrar la causa subyacente y la planificación de un tratamiento adecuado, son aspectos imprescindibles para mejorar el bienestar del paciente y reducir el coste y duración del tratamiento.

OBJETIVO

Reducir el tiempo de curación de las heridas crónicas de difícil resolución.

MÉTODO

Se presenta un caso de paciente con una herida de difícil curación y la terapia establecida en base a diferentes procedimientos para conseguir la completa cicatrización. La curación se ha realizado con tratamientos similares, basandonos en los principios de la cura en ambiente húmedo, pero la administración de las diversas terapias se

ha establecido en consonancia con la evolución y fases de cicatrización de la herida. El procedimiento seguido en nuestro protocolo ha sido:

- Identificación y valoración de la lesión.
- Medición del área (ancho por largo) y volumen de la lesión.
- Registro de la evolución clínica y los cambios en el tamaño de la herida (medición y fotografía digital).
- Administración de las terapias utilizadas según la evolución de la lesión.

RESULTADOS

Acordamos una terapia específica y avanzada en las heridas con el fin de:

- Fomentar el desbridamiento: Apósito, activado con la solución de Ringer
- Fomentar la granulación: Terapia con presión negativa.
- Cierre directo con simulación de colgajo
- Oxígeno tópico.

CASO CLÍNICO

El caso que se presenta trata de un paciente varón de 87 años, con buen estado general, autónomo pero que necesita un cuidador para la deambulación temporal, utilizando además una silla de ruedas.



Imagen 1. Úlcera neopática infectada

El paciente ingresa desde el servicio de angiología y cirugía vascular con una úlcera neuropática metatarsiana, con obliteración de los troncos distales bilaterales y con sobreinfección del antepié izquierdo descompensada con flictenas y sufrimiento cutáneo^(Imagen 1).

Presenta diagnósticos de enfermedad vascular periférica y subyacentes de hipertensión arterial y diabetes; es alérgico a la penicilina y desde cirugía vascular le prescriben: Olmetec, Ciprofloxacino, Velmetia y Glimepirida.

Tras la exploración clínica, se observa sensibilidad plantar presente, pero disminuida, pulso pedio débil y poplíteo positivo (+); a través de imágenes radiológicas es diagnosticado de Aterosclerosis con gangrena y obliteración de los troncos distales.



Imagen 2. Herida postquirúrgica



Imagen 3. Apósito de ringer

El Plan de actuación incluye su ingreso hospitalario para tratamiento antibiótico, drenaje/amputación y revascularización.

Se le realiza intervención quirúrgica (cirugía vascular) amputando el 2º, 3º y 4º dedos del pie izquierdo por úlcera neuropática plantar y revascularización de la arteria tibial posterior izquierda. Durante el post quirúrgico se queda la herida abierta sin sutura y se deriva a la unidad de úlceras para valorar tratamiento local^(Imagen 2).

Según la exploración realizada en la Unidad de úlceras, la lesión presenta tejido esfacelar en el 50%, unas medidas de 4,5 x 4 cm y un volumen de 8 cm³; se le realiza limpieza con solución salina y se aplica apósito de ringer (Tenderwet®) añadiendo 1cc a la propia saturación del apósito de polihexanida, por ser una herida de alto riesgo de infección. Esta pauta es aplicada diariamente a lo largo de una semana^(Imagen 3).



Imagen 4. Herida previa y con TPN

A la semana presenta tejido de granulación en el 85% de su lecho^(Imagen 4), pautándose como tratamiento la Terapia de Presión Negativa (TPN) durante 5 semanas, realizando 2 cambios de las espumas por semana, la TPN es retirada a petición del paciente^(Imagen 5), aunque observamos que debería estar un par de semanas más, por riesgo a que los bordes de la lesión se invaginasen o quedasen romos.

Se instaura un tratamiento tópico con crema de ácido hialurónico y colágeno; además de protección con apósito de componente argéntico; en todo momento el paciente lleva calzado ortopédico con alivio de la presión del tercio distal del pie.

Tras mes y medio de evolución, dado que los bordes se están decapando (hiperqueratosis), se decide interconsulta al servicio de cirugía plástica; en donde, con anestesia local, realizan un curetaje del lecho de la úlcera y un friedrich de 2 mm en los bordes^(Imagen 6) con cierre directo, sin despegue por planos de los tejidos perilesionales, con sutura de nylon 3/0, simulando un



Imagen 5. Periodo con TPN



Imagen 6. Curetaje y Friedich de la úlcera

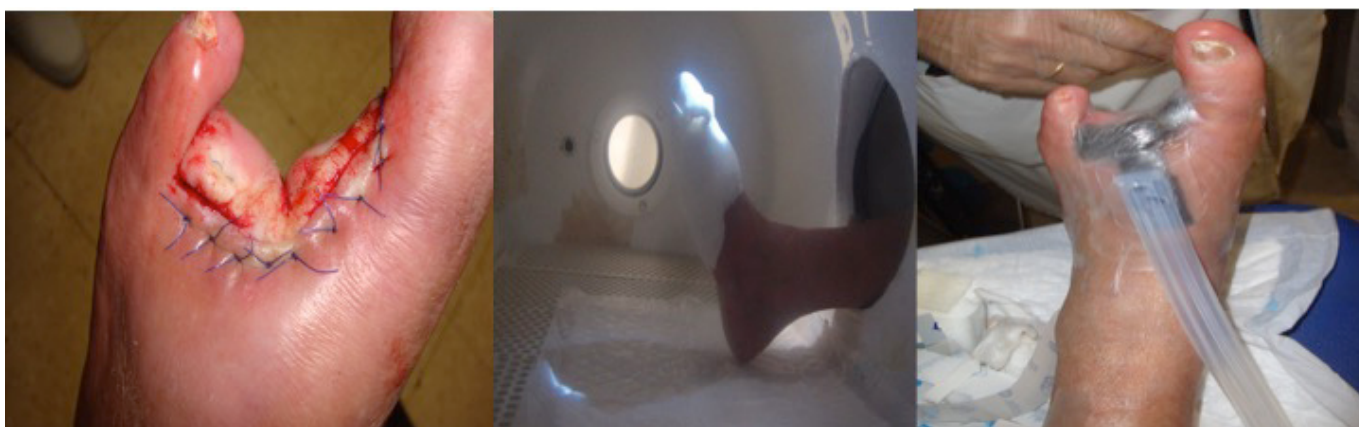


Imagen 7. Sutura, oxígeno tópico y TPN

colgajo; se aplica oxígeno tópico durante 1 hora y posteriormente TPN sobre sutura, para así eliminar el edema post-traumático y evitar acúmulo seroso intralesional^(Imagen 7).

El paciente no presentó ninguna otra complicación, pudiéndose acortar los tiempos de cicatrización, con el uso de terapias avanzadas.

Según ha ido evolucionado, el paciente mejoró su nivel de confort y comodidad. A su vez el tratamiento ha sido bien valorado por enfermería y se

ha reducido el coste económico que supondría haber realizado un abordaje sin la combinación de las diversas terapias.

CONCLUSIONES

El abordaje combinando diversas terapias avanzadas ha conseguido reducir el tiempo de curación de esta lesión crónica de difícil resolución.

BIBLIOGRAFÍA

1. Palomar-Llatas F, Fornes-Pujalte B, Muñoz-Manez V, Lucha-Fernández V, Dávila D, Casanova S, Todoli J y Marín S. Aplicación de la Terapia de Presion Negativa. *Enferm Dermatol.* 2007;01(02):25-30.
2. Morykwas MJ, Argenta LC, Shelton-Brown EI, Gimann W, McGuirt W. Vacuumassisted closure: a new method for wound control and treatment: animal studies and basic foundation. *Ann Plast Surg.* 1997;38:553-562.
3. Mateo-Lozano JM. Enfermería y oxigenoterapia hiperbárica. *Medicina Militar.* 2003;59(4):31-37

CASO CLÍNICO DE PACIENTE CON ÚLCERA VENOSA TRATADA CON TERAPIA MULTICAPA

CLINICAL CASE OF PATIENT WITH VENOUS ULCER TREATED WITH MULTILAYER THERAPY

Autores: Federico Palomar Llatas^(1,3), Concepción Sierra Talamantes^(1,3), Lydia Landete Belda^(1,3), Paula Diez Fornés^(1,3), Elena Castellano Rioja^(2,3), José Bonias López⁽³⁾, Ana Moreno Hernández⁽³⁾, Alfred Vicent Murillo Escutia⁽³⁾.

(1) Hospital General Universitario de Valencia

(2) Universidad Católica de Valencia "San Vicente Martir"

(3) Grupo Investigación Integridad y Cuidado de la Piel. Universidad Católica de Valencia.

Contacto: federicop43@gmail.com

Fecha de recepción: 30/11/2014
Fecha de aprobación: 01/12/2014

RESUMEN

Se presenta un caso de lesión vascular de origen venoso de 18 meses de evolución, instaurada sobre una zona previamente afectada por dermatitis secundaria a insuficiencia venosa crónica. Se desarrolla la pauta de tratamiento, su evolución y las medidas de prevención que se le recomiendan para evitar recidivas.

Palabras Clave: úlcera, úlcera venosa, úlcera vascular, apósito, dermatitis.

SUMMARY

It presents a case of vascular injury of venous origin of 18 months of development, established on an area previously affected by dermatitis secondary to chronic venous insufficiency. It develops a treatment regimen, evolution and the preventive measures that are recommended to avoid recurrences.

Key Words: *ulcer, venous ulcer, vascular ulcer, dressing, dermatitis.*

INTRODUCCIÓN

La pérdida de la integridad cutánea, que se localiza sobre piel dañada previamente por una dermatitis, secundaria a una incompetencia ya existente del sistema venoso, es la complicación más importante en la evolución de la insuficiencia venosa crónica; es más frecuente en las mujeres y su incidencia aumenta a partir de los 65 años (AEEV, 2004)⁽¹⁾.

Se trata de úlceras de forma redondeada, de tamaño variable, superficiales, con bordes mal

delimitados y con lecho granulomatoso. Pueden ser exudativas y con pulsos arteriales presentes. La piel periulceral puede estar edematosa, con hiperpigmentación tipo esclerosis o incluso con induración.

Su evolución es tórpida e insidiosa, son lesiones de difícil cicatrización que tienden a momificarse y a recidivar. Asientan con mayor frecuencia alrededor del maleolo interno y en la zona pretibial o laterotibial. Básicamente nos encontramos ante dos procesos que van a ser responsables de la aparición de las úlceras venosas:

- Varices Primarias: que originan las úlceras varicosas
- Trombosis Venosa Profunda que dará lugar a úlceras post flebíticas o posttrombóticas⁽²⁾.

CASO CLÍNICO

Mujer de 82 años de edad, con antecedentes de HTA, colesterinemia, insuficiencia venosa, no diabetes ni otras patologías de interés, es completamente independiente, aunque dispone de una cuidadora principal que le ayuda con el aseo personal.

Hace 18 meses sufrió un traumatismo en el tercio distal supramaleolar, en la cara externa de la pierna derecha, causándole una herida en escarp, sobre la que no consultó, siendo tratada en casa con gasas y povidona yodada, así como con vendaje de crepe, solamente en la zona afectada.

Acude a consulta y tras la exploración de la lesión, se observa que presenta edema en toda la

pierna derecha y una úlcera venosa en la que presenta un apósito de gasa que está adherido al lecho fibrinoso, que presenta aproximadamente un 50% de tejido de granulación^(Figura 1) y múltiples costras en la zona perilesional.



Imagen 1.

Siguiendo el protocolo para el tratamiento y prevención de nuestro hospital⁽³⁾, en la primera visita se realiza la medición de índice tobillo / brazo dando como resultado 0,9. Tras la limpieza de la lesión, se aplican fomentos con aceite de parafina durante 5 minutos y se retiran las costras con unas pinzas.

Una vez limpia la pierna y la úlcera se aplica pasta de óxido de zinc al 17% en la piel perilesional; en el lecho de la lesión se pone hidrogel y apósito primario de poliacrilato + matriz lípido / coloide micro adherente y con CMC, que nos ayudará a realizar un desbridamiento autolítico; el tratamiento se complementa con un vendaje multicapa de 2 vendas (1^a de corta elasticidad y la 2^a elástica)^(Figura 2).



Imagen 2.

En la segunda visita, tras 3 días con terapia compresiva, la paciente presenta una reducción importante del edema, piel perilesional sin lesiones y tejido de granulación en buenas condiciones, por lo que se decide proseguir con el mismo tratamiento^(Figura 3).



Imagen 3.

En las siguientes consultas se realiza limpieza con solución salina y fomentos con Poliexhanida durante 15 minutos; continuamos con la aplicación de la pasta de óxido de zinc en la zona perilesional.

Como continua con alto nivel de exudado en el lecho, se aplica, sospechando niveles elevados de metaloproteasas (MMP), una matriz lípido-coloidal con oligoelementos, micro-adherente, impregnada de una solución polimérica de CMC y sobre esta continuamos con la malla de Poliacrilato + matriz lípido / coloide micro-adherente y con CMC (para favorecer el desbridamiento autolítico), así como con la terapia multicapa con 2 vendas^(Figura 4).



Imagen 4

En visitas sucesivas, se comprueba la mejoría de la lesión, por lo que se cambia el tratamiento tópico: Limpieza con solución salina, pasta de óxido de zinc en zona perilesional y en el lecho

de la lesión se administra colágeno en polvo, a la vez que continua con la malla de Matriz lípido-coloide con oligoelementos, micro-adherente, impregnada de una solución polimérica de CMC y la terapia compresiva (Figura 5).



Imagen 5.

La lesión se resuelve en un periodo aproximado de tres meses (Figura 6), recomendando a la paciente, que realice hidratación de ambas piernas con ácidos grasos hiperoxigenados y que utilice



Imagen 6

medias de compresión media; además de darle información verbal y escrita (tríptico informativo de la unidad de úlceras) sobre la prevención en la insuficiencia venosa (Figuras 7 y 8).

INFORMACIÓN SOBRE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA (IVC)

¿Qué es la IVC?
La insuficiencia venosa es la incapacidad de las venas para retornar adecuadamente la sangre de sus piernas al corazón.



¿Cuáles son los síntomas?
Los síntomas más habituales son: hinchazón, aumento de la presión, hiperpigmentación o decoloración de la piel, y el desarrollo de úlceras de piernas.



¿Qué hacer para controlar la enfermedad?
Los siguientes consejos tratan de reducir los síntomas, mejorar su calidad de vida y prevenir la aparición de úlceras de piernas.

UNIDAD DE ÚLCERAS ÁREA DE LA PIEL

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia



CONSEJOS PARA LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA VENOSA



CONSEJOS PARA LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS VENOSAS

CUIDADO DE LA PIEL

Hidrate sus piernas habitualmente



Evite los golpes y el calor excesivo cerca de sus piernas



EJERCICIO

Camine y haga ejercicio diariamente



Realice ejercicios con los tobillos y los pies haciendo círculos para activar los músculos de las pantorrillas.



NUTRICIÓN Y HÁBITOS SALUDABLES

Siga una dieta equilibrada:
Reduzca las grasas y los azúcares.
Consuma abundantes frutas y verduras.
Evite el sobrepeso.



Moderación con el alcohol



Si fuma déjelo



Evite estar de pie o sentado durante mucho tiempo. Cuando esté sentado eleve sus piernas y no se siente nunca con las piernas colgando o cruzadas.



Eleve los pies de su cama 10 cm mediante calzas (no almohadas)



VESTUARIO

Debe llevar las medias de compresión todo el día



Póngase las medias antes de levantarse de la cama y lívelas hasta que se acueste. Renueve las medias cada 6 meses



Evite las prendas y los accesorios de vestir ajustados



Lleve calzado amplio y cómodo, con tacón bajo.



Imagen 7.

Imagen 8.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de trabajo sobre úlceras vasculares de la AEEVV: Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético de la AEEV. Marzo 2004. [acceso 7 de junio de 2014]. Disponible en <http://www.aeev.net/pdf/consenso2005.pdf>.
2. Lázaro-Ochaita P, Longo-Imedio I. Tratamiento de las úlceras cutáneas crónicas. Piel. 2001;16(4):213-219
3. Palomar F, Fornes B, Delamo A, Bonias J, Marco MI, San Bautista V, et al. Protocolo: Tratamiento y prevención de úlceras por presión, humedad y crónicas. Enferm Dermatol. 2012; 6(15):33-5.

Dermatología en Blogs

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 ANEDI-DIC, en esta ocasión vamos a tratar de recopilar algunos de los **Blogs** más representativos en el panorama nacional, con temática relacionada con la dermatología.

Los Blog son conocidos también con nombres como “ciber diario”, “web blog”, “cuaderno de bitácora” o “bitacora digital”; y son una especie de Web donde el autor o autores, publican periódicamente artículos, que pueden ser de temática diversa, que pueden ir desde arte, política, humor, deportes, historia, hobbies o noticias, hasta el abordaje de ramas profesionales específicas, como enfermería o medicina. Algunas variantes a tener en cuenta son los blogs basados en la publicación de videos, conocidos como “videoblogs” o “videologs”, o los que utilizan principalmente fotos, también conocidos como “fotoblogs” o “fotologs”.

Las publicaciones de un blog se conocen como “entradas” o “post” y se caracterizan por ser periódicas (no excesivamente largas), con una actualización frecuente de contenidos (pueden incorporar imágenes, fotos o enlaces de video), porque se publican en orden cronológico para tratar de mantener “enganchados” a los seguidores. Cualquier persona puede “seguir” a aquellos Blogs que sean de su área de interés, pinchando en el enlace correspondiente; así el seguidor, recibirá un aviso por correo electrónico, cada vez que se publica una nueva actualización de contenidos (de esta forma el autor se garantiza que los posibles interesados en el tema, conocen que ha sido publicado material nuevo.

Otra característica importante y diferenciadora de los blogs, es que permite la interacción con los lectores, en forma de comentarios sobre los post publicados (comunicación bilateral), lo que suele derivar en debates que añaden interés a las propias publicaciones.

El uso o temática de cada blog es particular, los hay de tipo personal, periodístico, empresarial, recopilatorio de noticias (microbloggin), tecnológico, educativo, corporativo, profesional, etc. En este número vamos a dedicar la sección a repasar los que a mi juicio son los principales blogs sobre de temática dermatológica.

Empezaremos por mi blog dermatológico favorito: **“Dermapixel. Blog de dermatología cotidiana”**^(Imagen 1), (<http://www.dermapixel.com/>), cuya autora es Rosa Taberner Ferrer, médico especialista en Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología, que desarrolla su labor profesional en el Hospital Son Llàtzer, de Palma de Mallorca (España). En palabras de su autora, el objetivo de Dermapixel es *“la divulgación del conocimiento médico mediante comentarios y referencias, dirigidos a profesionales sanitarios y a todas las personas interesadas en la dermatología”* y nació con fines puramente docentes; de hecho periódicamente publica casos clíni-

Imagen 1.- **Dermapixel. Blog de dermatología cotidiana**
<http://www.dermapixel.com/>

cos (reales, pero manteniendo el anonimato de los pacientes), sobre los que la autora plantea preguntas a las que los seguidores responden a través de los comentarios, estableciéndose interesantes debates clínicos hasta perfilar el diagnóstico y tratamiento más adecuado para cada caso planteado.

Cualquier lector puede hacer comentarios, tanto previo registro, como de manera anónima, pero estos comentarios están sujetos a moderación (no se publican hasta que son aprobados por la autora del blog), de esta forma se garantiza que aquellos que pudieran ser ofensivos o que no tengan relación con el tema, no serán publicados.

En septiembre de 2014 publicó un libro que recoge muchas de sus entradas y que os recomiendo especialmente, pero del que no voy a hablar más aquí, porque en este mismo número de la revista, tenéis toda la información en la sección "Reseña bibliográfica".

"Dermatología y más cosas"(Imagen 2), es otro de mis blog de consulta habitual (<http://dermatologiaymascosas.blogspot.com.es/>); está publicado desde 2010, por la médica especialista en Dermatología, María José Alonso de Almería.

Según sus propias palabras, publica el blog para: *"Compartir mis experiencias sobre el lado humano de la medicina, buscando un equilibrio entre trabajo y vida. Ya que detrás de cada enfermedad siempre hay una persona que sufre y un profesional que intenta escuchar y ayudar"*.

Aunque María José no postea muy frecuentemente, es un blog a tener muy en cuenta porque sus entradas (de temática dermatológica), que son muy interesantes y elaboradas, están escritas desde un planteamiento claro y conciso, y porque no tiene problema alguno en "mojarse" para aclarar determinados mitos, en muchos casos favorecidos por intereses comerciales de algunas empresas; estas desmitificaciones y el resto de publicaciones, las hace desde una perspectiva absolutamente científica y profesional.

"Dermatología Madrid"(Imagen 3), (<http://sergiovano.blogspot.com.es/>), es el blog del Dermatólogo y coordinador de la Unidad de Tricología del Hospital Universitario Ramón y Cajal, Dr. Sergio Vañó Galván, que recopila y publica multitud de noticias y novedades interesantes sobre dermatología.



Imagen 2.- **Dermatología y más cosas**
<http://dermatologiaymascosas.blogspot.com.es/>



Imagen 3.- **Dermatología Madrid**
<http://sergiovano.blogspot.com.es/>

Aborda los temas desde una perspectiva docente, pero profundizando en su desarrollo y aportando múltiples enlaces a noticias o artículos relacionados, que complementan lo que él expone en los post (incorpora también gráficos, fotos o imágenes). Sergio tampoco rehúye los temas controvertidos y es muy claro en sus planteamientos.

También podemos encontrar otros blogs de temática dermatológica, aunque en muchos casos, se trata más de plataformas informativas para captación de pacientes hacia alguna clínica concreta; citaré a continuación, dos que tienen una sección específica de dermatología pediátrica:

"Blog de Dermatología"(Imagen 4), (<http://dermatologia-bagazgoitia.com/page/5>) ; blog que la Dra. Lorea Bagazgoitia publica con fines divulgativos y profesionales, tratando (en sus propias palabras) de mantener siempre el rigor científico. En esta bitácora, la información es planteada de



Imagen 4.- **Blog de Dermatología**
<http://dermatologia-bagazgoitia.com/page/5>

una manera más telegráfica, pero cada post dirige a otro más amplio en el que se complementa la información.

Además tiene desarrolladas múltiples entradas sobre muy diversas patologías (incluye la patología dermatológica pediátrica), así como aspectos sobre tratamientos y técnicas habituales en dermatología.

“Dermatología Pediátrica”(Imagen 5), blog publicado por la Dra. Marta Feito (<http://dermatologia-pediatrica.blogspot.com.es/>); Marta es la Dermatóloga Responsable de la Unidad de Dermatología Pediátrica; ella misma explica que: *“pretende, de una forma divulgativa, compartir y analizar las principales novedades científicas del*



Imagen 5.- **Dermatología Pediátrica**
<http://dermatologia-pediatrica.blogspot.com.es/>

campo de la dermatología pediátrica”. Sus post son cortos, poco frecuentes y específicos del ámbito pediátrico.

Para finalizar, quiero recomendar el artículo de la Reseña Bibliográfica que se publica en este mismo número de la revista: **“Dermapixel. El libro del blog de dermatología cotidiana”**; estoy convencido de que no os defraudará.

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.



Figura 1

DERMAPIXEL.

Blog de Dermatología Cotidiana.

Rosa M^a Taberner Ferrer. Dermapixel: Blog de dermatología cotidiana. Edita bajo licencia Creative Commons Reconocimiento - NoComercial - SinObraDerivada (by-nc-nd). Año 2014. Páginas 612. ISBN 978-84-697-1093-7. Accesible desde: www.dermapixel.com

Autor del comentario: 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

Fecha de recepción: 23/11/2014
Fecha de aprobación: 05/12/2014

El libro “Dermapixel” (Figura 1), viene a ser la recopilación de 174 casos clínicos que la Dra. Rosa M^a Taberner Ferrer ha publicado en su Blog “Dermapixel. Blog de dermatología cotidiana” (<http://www.dermapixel.com/>).

Como la propia autora comenta en el prólogo, no debemos esperar un tratado de dermatología, sino una serie de interesantísimos casos (reales, aunque se han cambiado nombres y situaciones para garantizar el anonimato de los pacientes).

El libro, de 612 páginas y más de 500 fotografías, se estructura en 6 capítulos y a su vez, cada capítulo en varias secciones:

CAPÍTULO 1: Patología infecciosa

- Sección 1: Infecciones bacterianas
- Sección 2: Infecciones micóticas
- Sección 3: Rickettsiosis
- Sección 4: Infecciones víricas

- Sección 5: Picaduras e infestaciones
- Sección 6: Infecciones de transmisión sexual

CAPÍTULO 2: Patología inflamatoria

- Sección 1: Trastornos de las glándulas sebáceas y apocrinas
- Sección 2: Eccema, dermatitis, liquen plano
- Sección 3: Psoriasis
- Sección 4: Enfermedades autoinmunes
- Sección 5: Genodermatosis
- Sección 6: Otras dermatosis inflamatorias

CAPÍTULO 3: Tumores benignos

- Sección 1: Nevus melanocíticos
- Sección 2: Nevus no melanocíticos
- Sección 3: Lesiones vasculares benignas
- Sección 4: Otras lesiones benignas y quistes

CAPÍTULO 4: Lesiones precancerosas y tumores malignos

- Sección 1: Lesiones precancerosas
- Sección 2: Carcinomas cutáneos
- Sección 3: Melanoma
- Sección 4: Sarcoma de Kaposi

CAPÍTULO 5: Trastornos de la pigmentación

- Sección 1: Vitíligo
- Sección 2: Melasma

CAPÍTULO 6: Trastornos del pelo, uñas y mucosas

- Sección 1: Tricología
- Sección 2: Patología ungueal
- Sección 3: Patología de la mucosa oral

Una de las cosas que más destacaría del libro, es que la exposición y desarrollo de todos los casos, está realizada desde una perspectiva claramente asistencial, planteándolos desde la misma recepción del paciente en la consulta y con un enfoque claramente práctico y docente. Destacar además, la cuidada selección fotográfica (imprescindible, por otra parte, para poder

valorar y entender adecuadamente cualquier patología cutánea).

Rosa desgrana cada caso desde las dudas y diagnósticos diferenciales que puede ofrecer, estableciendo una evolución lógica en la búsqueda de información, que oriente sobre el diagnóstico y tratamiento adecuados.

Se trata a mi modo de ver de una obra sumamente clara y práctica, casi imprescindible para cualquier profesional sanitario, tenga o no, conocimientos de dermatología, porque seguramente acabará despertando su curiosidad o en todo caso, le habrá servido de ameno repaso.

Felicitar desde aquí a su autora por mantener activo el blog, por no haber escatimado esfuerzos en la recopilación y en definitiva por contribuir a que los profesionales dispongamos de un material tan interesante, de manera gratuita. Muchas gracias.

El libro **“DERMAPIXEL. Blog de Dermatología Cotidiana”**, que es de distribución gratuita, está accesible tanto en pdf a través de la plataforma **“bubok”**, como para su descarga a plataformas de Apple (**iBooks**). Toda la información para su descarga, está en el siguiente enlace: <http://www.dermapixel.com/2014/09/dermapixel-el-libro.html>



Figura 2