

- *Ingeniería tisular y biotecnología al servicio de la salud: innovación en piel artificial y piel inteligente.*
- *Quemaduras dérmicas superficiales: Pauta de actuación con apósito primario único de hidrofibra Ag en atención primaria.*
- *Valoración global del prurito en pacientes con enfermedades hepatobiliares*
- *Políulceración en paciente terminal: Úlceras de Kennedy. Plan de cuidados paliativos.*
- *Prescribir Links y Apps para empoderar a los pacientes*

número **22**
año 8. mayo-agosto 2014

INGENIERÍA TISULAR Y BIOTECNOLOGÍA AL SERVICIO DE LA SALUD: INNOVACIÓN EN PIEL ARTIFICIAL Y PIEL INTELIGENTE.

TISSUE ENGINEERING AND BIOTECHNOLOGY AT THE SERVICE OF HEALTH: INNOVATION IN ARTIFICIAL SKIN AND SMART SKIN.

Autor: José María Rumbo Prieto.

MScN, RN. Supervisor de Cuidados, Investigación e Innovación
Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

Contacto: jmrumbo@gmail.com

Fecha de recepción: 10/03/2014
Fecha de aprobación: 20/03/2014

“Desde que su mujer sufriera quemaduras en todo el cuerpo en un accidente de coche, el Dr. Robert Ledgard, eminente cirujano plástico, se interesa por la creación de una nueva piel con la que hubiera podido salvarla. Doce años después consigue cultivarla en su propio laboratorio, una piel sensible a las caricias, pero una auténtica coraza contra todas las agresiones, tanto externas como internas, de las que es víctima nuestro mayor órgano. Para lograrlo ha utilizado las posibilidades que proporciona la terapia celular”.

Bajo este argumento cinematográfico, basado en la novela “Tarántula” de Thierry Jonquet ⁽¹⁾, se estrenó el 2 de septiembre de 2011 la película “La Piel que Habito”, del director de cine Pedro Almodóvar; con Antonio Banderas como protagonista principal metido en el papel de un cirujano-Frankenstein que en su afán de experimentar va creando un drama de terror ⁽²⁾.

Hoy en día, lo que parece ciencia ficción va cobrando cierta realidad gracias a los avances que han ido surgiendo en el campo de la biomedicina y, más específicamente, en el de la biotecnología, la ingeniería tisular, biología celular y la genética; en este caso, las innovaciones en ingeniería tisular y terapias celulares están orientadas a producir y usar tejidos artificiales para incrementar, restaurar o sustituir parcial o totalmente la actividad funcional de un tejido o un órgano dañado; la finalidad terapéutica sería mejorar la salud, prevenir la enfermedad y retrasar o minimizar los procesos crónicos de ciertas enfermedades de

la piel y mucosas, así como ciertos tipos de cáncer (mama, cavidad oral, piel,...)

Un ejemplo de estos avances en el área de la piel y la dermatología, estaría en conseguir una piel artificial (artificial Skin) y una piel electrónica inteligente (Smart skin) con fines terapéuticos. Los dos conceptos aparentan ser similares pero sus finalidades son bien distintas.

En el caso de la piel artificial, la funcionalidad buscada es disponer de un tejido sustitutivo de la piel humana autóloga (autoinjerto) para heridas, órganos y patologías que la precisen; dándose dos tipos ^(3,4), piel sintética o biosintética (sustitutivo dérmico) y piel artificial natural de origen porcina (heteroinjerto), donante de cadáver y/o de donante vivo (homoinjerto), y de plasma humano rico en fibrina. Pero actualmente ya se puede producir piel artificial de origen humano a partir de células madre procedente del cordón umbilical; de esta manera, se logra avanzar en uno de los problemas que presentaban los grandes quemados, que consistía en que para aplicar la piel artificial había que esperar varias semanas para poder fabricarla a partir de los restos de piel sana del propio paciente. Con el nuevo modelo, a partir de células mesenquimales de la gelatina de Wharton del cordón umbilical, se pueden ya constituir epitelios de revestimiento de piel y de mucosa oral ⁽⁵⁾.

El gran interés por desarrollar modelos de piel artificial, muy similar a la piel humana, es útil para la investigación de enfermedades cutáneas

y dermocosmética ya que representa una alternativa a la utilización de animales de investigación (por ejemplo, hoy en día ya existen modelos de piel artificial canina, de tiburón, de cerdo y en experimentación con otros animales) ^(6,7); con ello se logra evaluar productos farmacológicos y químicos, sin las limitaciones bioético-legales de la experimentación con animales y seres humanos.

En el campo de la biotecnología, la piel electrónica (nanotejido), aunque también es piel artificial biosintética, compuesta por nanopartículas y fibras de diferentes polímeros, tiene como función, la de emular las respuestas de sensibilidad del ser humano ante los estímulos y adoptar su capacidad de elasticidad. Actualmente reciben el nombre de tatuajes epidérmicos electrónicos o Smart skin ^(Imagen 1), y suelen llevar aparejadas tecnologías como NFC (tecnología inalámbrica Near Field Communication), RFID (Radio Frequency Identification, tecnología que permite identificar automáticamente un objeto gracias a una onda emisora incorporada en el mismo), Wireless (inalámbrico, sin cables), sensores biométricos,...

La recepción de estímulos a través de la piel es una función importante para la supervivencia y seguridad de las personas (función de conservación). La piel inteligente puede servir para ayudar a personas que han perdido la sensibilidad en alguna parte de su cuerpo como consecuencia de alguna patología o accidente y que actualmente, cuenta con la limitación de no conseguir resultados en la restauración de la sensibilidad de individuos que utilizan extremidades artificiales (prótesis).

Sin embargo, los nuevos avances en nanotecnología confieren a este tipo de piel funciones hasta ahora inimaginables, como la detección precoz de cáncer de mama a través de imágenes enviadas por biosensores capaces de identificar masas muy pequeñas de hasta 5 mm y tan profundas como a 20 mm sin generar ningún tipo de presión o malestar sobre el seno ⁽⁸⁾, que serían muy difíciles de descubrir en una autoexploración, realizada incluso por profesionales experimentados.

Otra innovación destacable es su diseño en forma de láminas extrafinas y ultraligeras que se pegan al cuerpo sin necesidad de adhesivo y que sirven para monitorizar las constantes vitales ⁽⁹⁾; unas llevan incorporado el sistema denominado EES (Epidermal Electronic System) que permiten monitorizar el corazón, el cerebro y músculos (muy útil para pacientes con apnea del sueño, epilepsia, parkinson, etc.) y otras consisten en un tipo de piel inteligente denominada e-skin que responde al tacto iluminándose al instante, por lo que cuanto más intensa sea la presión ejercida, más brillante será la luz (LED), lo que podría en un futuro servir para monitorizar a los pacientes dependientes y/o inmovilizados ⁽¹⁰⁾.

Podemos decir que el futuro ya es una realidad y los grandes avances en biotecnología y bioingeniería tisular, en busca de una segunda piel artificial o inteligente, van a redundar en beneficio de los trasplantes de órganos y tejidos, de la medicina regenerativa, en Oncología, Geriátrica, Dermatología..., así como en el tratamiento de grandes quemados y pacientes con úlceras y heridas de cicatrización tórpida, entre otras patologías.

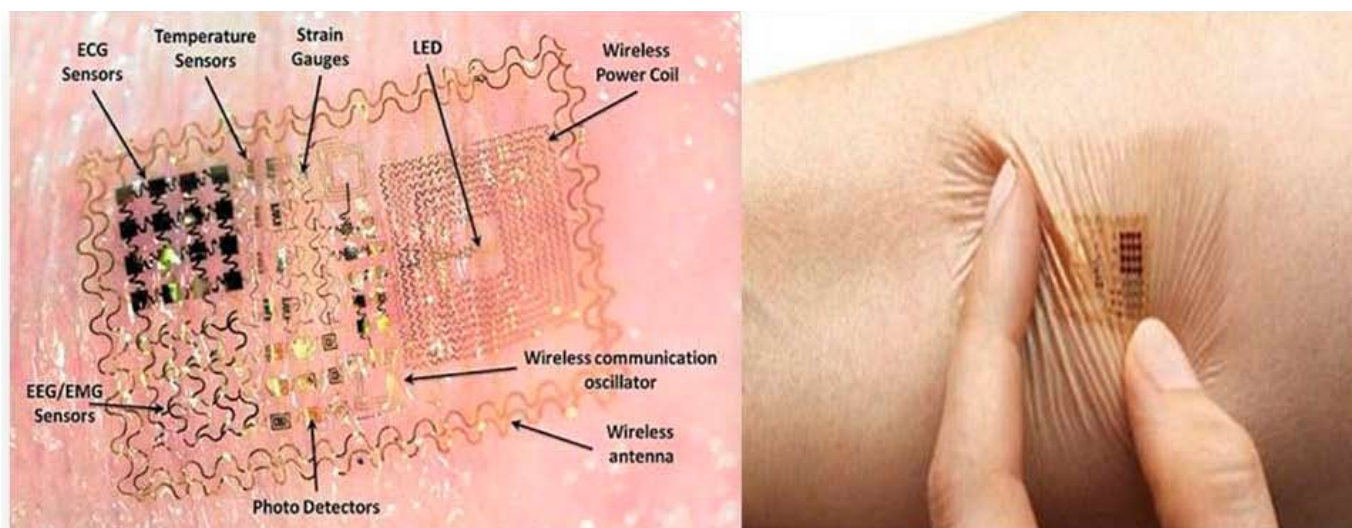


Imagen 1. Smart Skin. Fuente de la imagen: Digitalavmagazine.com (11).

BIBLIOGRAFÍA:

1. Jonquet T. Tarántula (traducción de Teresa Clavel). Madrid: Ediciones B, S.A.; 2011. ISBN: 978-84-666-4735-9.
2. Wikipedia. La piel que habito, de Pedro Almodóvar. 2011. [Internet]. [Acceso 02/11/2014]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/La_piel_que_habito
3. Ramos López HC . Gan Acosta A, Díaz JL. Piel artificial. Rev Colomb Tecnología Avanzadas [Internet]. 2006 [acceso: 02/03/2014] ; 2(8): 41-7. Disponible en: <http://scienti.colciencias.gov.co:8084/publindex/docs/articulos/1692-7257/3/16.pdf>
4. Álvarez Longoria JA, Flores Ochoa M, Hernández García RI , Martínez Menchaca HR , Escamilla Ocañas CE , Rivera Silva G. Una segunda piel: tratamiento con sustitutos dérmicos. Revista Médica MD [Internet]. 2012 [Acceso 02/11/2014]; 4(1): 38-41. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2012/md121i.pdf>
5. Garzón I, Miyake J, González-Andrades M, Carmona R, Carda C, Sánchez-Quevedo M C, Campos A, Alaminos M. Wharton's jelly stem cells: a novel cell source for oral mucosa and skin epithelia regeneration. Stem Cells Transl Med [Internet]. 2013[Access 02/03/2014]; 2(8): 625-32. doi: 10.5966/sctm.2012-0157. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3726142/f>
6. Serra M, Brazis P, Puigdemont A, Fondevila D, Romano V, Torre C, Ferrer L. Development and characterization of a canine skin equivalent. Exp Dermatol. 2007; 16(2): 135-42
7. Wen L, Weaver JC, Lauder G. Biomimetic shark skin: design, fabrication and hydrodynamic function. J Exp Biol. 2014; 217: 1656-66. doi: 10.1242/jeb.097097
8. Van Nguyen C, Saraf RF. Tactile Imaging of an Imbedded Palpable Structure for Breast Cancer Screening. ACS Appl Mater Interfaces. 2014, 6 (18): 16368–74. DOI: 10.1021/am5046789
9. Kaltenbrunner M, Sekitani T, Reeder J, Yokota T, Kuribara K, Tokuhara T, et al. An ultra-lightweight design for imperceptible plastic electronics. Nature. 2013; 499: 458-63. doi:10.1038/nature12314
10. Wang C, Hwang D, Yu Z, Takei K, Park J, Chen T, Ma B, Javey A. User-interactive electronic skin for instantaneous pressure visualization. Nature Materials. 2014; 12: 899-904. doi:10.1038/nmat3711
11. Digital AV. Sensores electrónicos impresos directamente sobre la piel en pro de la salud. Digitalavmagazine [internet]. [Acceso 02/03/2014]. Disponible en: <http://www.digitalavmagazine.com/2013/04/01/sensores-electronicos-impresos-directamente-sobre-la-piel-en-pro-de-la-salud/>

QUEMADURAS DÉRMICAS SUPERFICIALES: PAUTA DE ACTUACIÓN CON APÓSITO PRIMARIO ÚNICO DE HIDROFIBRA AG EN ATENCIÓN PRIMARIA.

SUPERFICIAL DERMAL BURNS: GUIDELINES OF ACTION WITH ONLY PRIMARY DRESSING OF HYDROFIBRE AG IN PRIMARY CARE

Autores: Francisco García Collado¹, Sergio Álvarez Millán², Ana María Ramírez Pizano³, Carmen Rivera Fernández¹, Mercedes García Murillo¹, Eva María Franco García¹

1.- Enfermero de Familia U.G.C. SAN JUAN AZNALFARACHE (Sevilla).

2.- Coordinador de Cuidados U.G.C. SAN JUAN AZNALFARACHE (Sevilla).

3.- Enfermera U.G.C. CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVA Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla).

Contacto: franciscogcollado@gmail.com

Fecha de recepción: 18/01/2014
Fecha de aprobación: 22/04/2014

RESUMEN

Las quemaduras suponen un tipo de lesión frecuente en urgencias de Atención Primaria que en muchos casos, atendiendo a los criterios de indicación establecidos, son susceptibles de ser tratadas íntegramente desde este nivel asistencial.

El objetivo de este trabajo es proponer, para el tratamiento de quemaduras dérmicas superficiales, el abordaje mediante la utilización de apósitos de hidrofibra de hidrocoloide con plata, como apósito primario único durante todo el proceso de epitelización, ya que cumple las características exigibles a un apósito para el tratamiento de quemaduras: prevención de la infección, función metabólica y confortabilidad del paciente.

Para la exposición del protocolo de actuación, se ilustra con cuatro casos clínicos de quemaduras de origen térmico.

La evolución de las lesiones ha sido satisfactoria en todos los casos, no apareciendo signos de infección asociados. El periodo de cicatrización, pese a las diferencias de edad y características de salud de cada uno los pacientes, ha estado, en los 4 casos, en torno a los 10-12 días, desde el origen de la lesión.

Consideramos que esta es una técnica a tener en cuenta en comparación con los tratamientos convencionales, ya que reduce las intervenciones de los profesionales de enfermería (ahorro de tiempo de dedicación), utiliza menos recursos materiales y además proporciona mayor confort, autonomía y calidad de vida a los pacientes.

Palabras claves: quemadura dérmica, flictena, infección, exéresis, hidrofibra Ag, apósito con plata.

ABSTRACT

Burns are a common type of injury in the emergency department of Primary Care that in many cases, in accordance with the criteria of established indication, they are liable to be treated in full from this level of care.

The objective of this paper is to propose, for the treatment of superficial dermal burns, the approach through the use of dressings of hydrofibre hydrocolloid dressing with silver, as only primary dressing during the entire process of epithelialization already that meets the characteristics demanded in a dressing for the treatment of burns: prevention of infection, metabolic function and comfort of the patient.

Four clinical cases of Burns of thermic origin are illustrated for the exhibition of the Protocol.

The evolution of the injuries has been satisfactory in all cases, do not appear associated signs of infection. The healing period, despite differences in age and health characteristics of each of the patients, has been in the 4 cases, around 10-12 days, from the origin of the lesion.

We believe that this is a technique to take into account in comparison with conventional treatments, as it reduces the interventions of the nursing professionals (saving time of dedication), uses

less material resources and also provides greater comfort, autonomy and quality of life for patients.

Key Words: *dermal burn, phlyctena, infection, excision, hydrofibre Ag, dressing with silver.*

INTRODUCCIÓN

Las quemaduras son lesiones, que generalmente de manera leve o moderada, han padecido la mayoría de las personas alguna vez a lo largo de su vida. A diferencia del resto de lesiones que habitualmente tratamos a nivel de atención primaria, el abordaje de los profesionales ante las quemaduras ha evolucionado poco en el tiempo (cura tradicional, con aplicación de pomadas antibacterianas y/o uso de tules o gasas vaselinadas).

En España se estima que solicitan atención clínica por quemaduras unas 120.000 personas al año⁽¹⁾, de las cuales sólo el 5% requieren asistencia hospitalaria.

Entre el 60 - 80% de las quemaduras se producen en el ámbito doméstico⁽²⁾ y son de origen térmico (líquido caliente, llamas, sólidos calientes y vapor de agua); presentándose con mayor frecuencia en menores de 10 años y en mayores de 69 años.

En otro 10-15 %, el mecanismo de producción es consecuencia de explosiones y llamas, seguidos de quemaduras eléctricas y químicas, que suelen estar más relacionadas con accidentes de origen laboral⁽²⁾.

DEFINICIÓN DE QUEMADURA

Las quemaduras se definen como el deterioro de la integridad cutánea y tisular relacionado con un agente causal externo y un tiempo de exposición, aunque para una adecuada valoración, también se han de tener en cuenta la zona anatómica afectada, la extensión, el tiempo de exposición y la temperatura del agente causal, ya que todo ello condiciona la evolución^(1,2).

CLÍNICA LOCAL DE LAS QUEMADURAS

Los elementos fundamentales a tener en cuenta ante la valoración y el diagnóstico de una quemadura, ya que condicionan el tratamiento y la propia evolución de la quemadura son:

- A) La extensión
- B) La profundidad
- C) La localización
- D) El agente causante

A.- Extensión

A mayor extensión afectada, peor será el pronóstico y mayor la gravedad de la quemadura. Existen varios métodos rápidos para valorar la extensión de las quemaduras⁽¹⁻⁵⁾:

- **La regla de los 9 o Método de Wallace**, en la que cada parte del cuerpo se corresponde a un múltiplo de 9: cabeza y cuello 9%, Tronco anterior 18%, tronco posterior 18%, Extremidades superiores 18% (9% cada brazo), extremidades inferiores 36 % (18% cada pierna), 1% Genitales. No se recomienda su uso en niños.
- **Regla de la palma de la mano:** Es válida tanto para adultos, como para niños. Se calcula utilizando como referencia, la medida de la palma de la mano del paciente (con sus dedos en extensión), que se corresponde con un 1% de la superficie total (útil si la superficie corporal total afectada se encuentra por debajo del 10%).
- **Clasificación de Lund-Browder:** Se usa para valoración de niños, porque varían según la etapa de crecimiento:
 - Niño menor de un año: 19%
 - Niño menor de 5 años: 13%
 - Adolescente de 15 años: 9%

B.- Profundidad

Está vinculada al número de capas de la piel afectadas (condicionada por intensidad del calor absorbido y el tiempo de exposición). A mayor profundidad, peor pronóstico y evolución (es frecuente que la valoración inicial de la profundidad no sea del todo exacta, porque la quemadura es un proceso dinámico).

Según la profundidad⁽¹⁻⁵⁾, se clasifican en:

- **Quemaduras Epidérmicas (1er Grado):** Es la típica quemadura producida por la exposición al sol. Afecta a la capa más superficial de la piel. Su aspecto es enrojecido, eritematoso, libre de exudación y de flictenas o ampollas. Pueden provocar prurito y dolor agudo por la irritación de las terminaciones sensitivas (eritema doloroso). Curan en pocos días, pudiendo dejar pigmentaciones temporales en la piel.
- **Quemadura dérmica Superficial (2º Grado Superficial):** Se caracteriza por la afectación de la epidermis y la dermis papilar,

conservando intacto los folículos pilosebáceos. Suelen deberse a líquidos calientes o a exposición breve a llamas. Es característica la aparición de una flictena o ampolla intacta (producto de la vasodilatación y extravasación del plasma). Tras la ruptura o desbridamiento de la flictena, se aprecia una dermis eritematosa que palidece a la presión. Son lesiones muy dolorosas de por sí (aunque aumenta durante la limpieza, cambios de apósitos y en su manipulación en general. Suelen cicatrizar entre 10 y 15 días.

- **Quemadura dérmica Profunda (2º Grado Profundo):** Hay afectación de la unión dermo-epidérmica, dermis papilar y dermis reticular, por lo que de haber flictenas, estarán generalmente rotas. El fondo de la quemadura presenta aspecto rojo parduzco con zonas nacaradas (que no palidece a la presión) y destrucción de terminaciones nerviosas (menos dolor asociado). Puede haber ausencia de vello (afectación de folículos pilosos). Su cicatrización puede completarse en tono a los 25-30 días si no existen complicaciones.
- **Quemadura Subdérmica o de espesor total (3º Grado):** Afectación de la totalidad de la piel: epidermis, dermis, hipodermis, llegando en ocasiones hasta planos musculares: El aspecto de la zona es blanco, duro y acartonado (escara blanca), aunque también puede estar carbonizado.

La lesión no es dolorosa por la destrucción total de las terminaciones nerviosas. Requiere tratamiento quirúrgico. Su evolución hacia la curación total puede alargarse durante meses, así como dejar secuelas (cicatrices o rigidez importante).

C. Localización

Algunas quemaduras se consideran graves porque su **localización** puede entrañar otros riesgos^(6,7,8), precisando su derivación a un centro hospitalario para cuidados y tratamientos especiales: Quemaduras en cara, cuello, manos, pies, área perineal, área genital y articulaciones mayores (alta probabilidad de secuelas funcionales o estéticas)

- Quemaduras asociadas a vías respiratorias (lesiones por inhalación).
- Quemaduras de tronco, cuello, o extremidades (asfixia o síndrome compartimental).

- Quemaduras asociadas a fracturas o heridas penetrantes.

D. Agente causal

Según el agente Causal, se pueden clasificar en:

- **Térmicas:** Se producen por contacto del foco calórico: Escaldadura por líquidos calientes, llama de fuego, contacto por sólidos calientes o vapor de agua.
- **Químicas:** Se producen por el calor que se libera al contacto de ciertas sustancias con los tejidos (varía según se trate de ácidos, álcalis o gases).
- **Eléctricas:** Se generan por el calor que provoca la corriente eléctrica al atravesar los tejidos; pueden llevar asociadas lesiones traumáticas, secundarias a la caída de la víctima por acción de la descarga.
- **Por agentes mecánicos:** Producidas por la energía generada en un tejido que se ve expuesto a rozamiento.
- **Radiación ionizante/no ionizante:** Producidas por agentes como la radiación de radiofrecuencia, ultravioleta, microondas o láser.
- **Congelación:** Como resultado de la exposición excesiva al frío y la vasoconstricción derivada.

QUEMADURAS SUSCEPTIBLES DE TRATAMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Se consideran quemaduras leves o menores según la American Burn Association, susceptibles de ser tratadas en atención primaria^(2,6,8):

- Todas las quemaduras epidérmicas, sin importar la extensión, excepto en los niños.
- Las quemaduras dérmicas superficiales con una extensión inferior al 15 % de la superficie corporal total (SCT) en el adulto e inferior al 10% en el niño.
- Las quemaduras dérmicas profundas con una extensión de la SCT inferior al 2%.
- Las subdérmicas con una extensión inferior al 1-2 % de la SCT en el adulto y niños según su localización.

TRATAMIENTO LOCAL EN QUEMADURAS DÉRMICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Como hemos comentado, las quemaduras que se tratan habitualmente en atención primaria, son en su mayoría dérmicas superficiales y el signo característico que presentan será la aparición de ampolla o flictena; por ello comenzaremos por plantearnos, **¿cómo actuar con la flictenas?**

El término **Ampolla**, procede del latín “ampulla”, cuya traducción es ánfora o pequeño recipiente que sirve para almacenar líquido. La ampolla o flictena es una elevación de la piel, producto de la separación producida entre las capas de la epidermis y en cuyo interior se va a acumular líquido seroso. Este líquido seroso será potencialmente colonizable por infinidad de bacterias.

Aunque sigue siendo un tema con cierta controversia, debemos desbridar las flictenas⁽⁹⁻¹²⁾, siempre bajo medidas de estricta asepsia (se pueden mantener sin desbridar, aquellas de diámetro inferior 6 mm, que no interfieran en los movimientos y que no sean molestas para el paciente).

Al desbridar las flictenas y retirar los restos de tejidos desvitalizados:

- Se puede valorar correctamente la lesión, profundidad, extensión y evolución posterior.
- Se evitan posibles roturas espontáneas y riesgo de contaminación.
- Se reduce el riesgo de colonización, porque la epidermis de la flictena se ha desvitalizado y no protege adecuadamente de los patógenos externos.
- Se incrementa la eficacia de los tratamientos aplicados, al estar directamente en íntimo contacto con el lecho de la lesión.

Por lo demás, habitualmente el tratamiento en atención primaria⁽¹³⁻¹⁴⁾ consiste en la aplicación rutinaria de cremas bacteriostáticas o bactericidas y curas posteriores con gasas o tules parafinados cada 24-48 horas, en función de:

- Características relacionadas con la lesión: Extensión, profundidad, localización y agente causal.
- Riesgo inherente de infección en el paciente quemado.
- Evolución de la quemadura.
- Adaptabilidad a la zona en la que lesión se encuentre.
- Necesidad de higiene y curas frecuentes

- De la disponibilidad de los productos en nuestro medio.

Entre los productos más utilizados^(1,2,5,14) tenemos algunas cremas o pomadas antibacterianas:

- **Sulfadiazina Argéntica** (Silverderma®, Flamazon®): Antimicrobiano en crema, compuesto por sulfamidas y plata, de aplicación tópica sobre quemaduras dérmicas y subdérmicas, en capa de 1mm. Es activo frente a gérmenes patógenos gran positivos, gran negativos y hongos. Su efecto antibacteriano dura entre 8 y 12 horas. No está indicado en mujeres embarazadas, ni niños menores de dos años. Puede ocasionar reacciones locales, dolor, escozor e hipersensibilidad alérgica de contacto, así como provocar coloración grisácea de la piel en zonas expuestas a luz solar.
- **Nitrofurazona** (Furacín®): Bactericida y bacteriostático, no es eficaz frente a pseudomonas, gérmenes gran negativos, ni inhibe el crecimiento de hongos. Puede producir reacciones alérgicas o irritación local con sensación dolorosa, escozor y quemazón, por lo que cada vez más, se cuestiona su indicación. No está indicada en quemaduras exudativas. Se debe aplicar al menos cada 12 horas.
- **Povidona Iodada** (Betadine®): De amplio espectro antibacteriano y antifúngico, efectivo frente a gérmenes gran negativos y algunos hongos; no es eficaz en gérmenes gran negativos. Tiende a teñir el tejido de la zona lesionada; suele producir sensación dolorosa y no se recomienda su utilización en niños, ni en lesiones extensas (> 20% de superficie quemada); además, también es cuestionado porque se inactiva en presencia de materia orgánica y por inhibir la proliferación de fibroblastos, provocando así un posible retraso en el proceso de cicatrización.

Con respecto a los apósitos utilizados, debemos de tener en cuenta lo que Gómez-Morell^(3,5,15) define como principios inviolables relativos a las características que debe cumplir cualquier apósito para el tratamiento de quemaduras:

- 1. Prevenir la Infección:** Todo vendaje o apósito empleado en una quemadura debe incorporar productos antisépticos o bacteriostáticos que controlen el crecimiento bacteriano e impidan la infección de la lesión.

- Función metabólica:** Todo apósito utilizado en quemaduras ha de minimizar cualquier pérdida calórica, evitando la evaporación fisiológica al faltar parte de su barrera natural, la epidermis.
- Función de confortabilidad:** Reducción del dolor y capacidad para gestionar adecuadamente el nivel de exudado provocado por estas lesiones.

Desde esta perspectiva, el apósito ideal debe mantener un ambiente húmedo sobre la quemadura, proteger frente a la infección, adaptarse al contorno corporal, permitir una cura confortable y mantenerse en contacto con el lecho de la herida^(1,3,13).

Los apósitos utilizados más frecuentemente son:

- Apósitos de tul o gasas vaselinadas no adherentes** (Linitul[®], Tulgrasum[®]): Suelen componerse de fibras de algodón o similar, impregnadas de parafina blanda, que se ponen bajo los apósitos absorbentes secundarios, para evitar que se peguen a la herida. La parafina reduce la capacidad de absorción del apósito y reblandece el tejido y la piel perilesional. Deben sustituirse cada 24-48 horas.

A tener en cuenta que existen tules o mallas con hidrocoloide (Urgotul Flex[®]), cuya acción se asemeja más a la de los hidrocoloideos.

- Apósitos de Hidrocoloide** (Varihesive[®], Sureskin[®], Comfeel[®]): Indicados en quemaduras dérmicas superficiales de pequeña extensión y sin signos de infección, así como tras retirada de flictenas y tejido desvitalizado, siempre que la lesión no sea muy exudativa. Inicialmente requiere cambios cada 24 horas, espaciándose la misma en función de la evolución de la quemadura. Existen versiones extrafinas indicadas en estadios finales y para protección de los tejidos neopitelizados.
- Apósitos de Alginato** (Seasorb[®], Algisite[®], Urgosorb[®]) Recomendados en quemaduras con abundante exudado; tienen gran adaptabilidad y precisan de apósito secundario. No deben utilizarse en lesiones con poco exudado.
- Apósitos de espuma de poliuretano** (Allevyn[®], Biatain[®], Mepilex[®], Tegaderm Foam[®], Askina Foam[®]): Están indicados en quemaduras altamente exudativas, tras eliminar flicte-

na y tejido desvitalizado; mantienen ambiente húmedo en la lesión y tienen buena adaptabilidad.

- Apósito de Hidrofibra de hidrocoloide:** (Aquacel[®]): Apósito compuesto de carboximetilcelulosa sódica, con acción hidrofílica (absorbe el exudado directamente dentro de las hidrofibras que lo componen, donde es retenido incluso bajo presión), que forma un gel cohesivo al contacto con el exudado, manteniendo la zona perilesional libre de maceración (absorción vertical). Presenta gran capacidad de adaptabilidad y alta capacidad de absorción, por lo que permite espaciar las curas.
- Apósitos con plata:** La incorporación de plata a los apósitos de cura en ambiente húmedo, ha supuesto ampliar su indicación a las heridas infectadas, con buenos resultados. Disponemos de apósitos específicos con plata nanocristalina (Acticoat[®]), apósitos que combinan plata y carbón activado (ActisorbPlus[®]), mallas con plata (Urgotul Ag[®]), espumas, que incorporan plata (Biatain Plata[®], Allevyn Ag[®], Aquacel Foam Ag[®]), hidrofibras con plata (Aquacel Ag[®]), etc.

El **objetivo** de este trabajo es proponer, para el tratamiento de quemaduras dérmicas superficiales, el abordaje mediante la utilización de apósitos de hidrofibra de hidrocoloide con plata, como apósito primario único durante todo el proceso de epitelización.

El apósito de Hidrofibra de hidrocoloide con plata (Aquacel Ag[®]), está compuesto de carboximetilcelulosa y plata iónica. Este apósito antimicrobiano, presenta todas las características comentadas de la hidrofibra de hidrocoloide, pero además al gelificar en contacto con el exudado, libera iones de plata de manera sostenida, por lo que está indicado para prevenir y evitar el proceso infeccioso, siendo eficaz ante gérmenes patógenos gran positivos, gran negativos y hongos. Destaca también por su confortabilidad y poder de absorción.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó estudio descriptivo con revisión bibliográfica consultando las principales bases de datos biomédicas y de evidencia científica (Medline, Pubmed, Embase, BDIE, Cuiden, Evidentia, Enfispo, The Joanna Briggs Institute, Cochrane Library...) con los siguientes descriptores: que-

maduras, quemaduras dérmicas, flictenas, ampollas, tratamiento en quemaduras y su traducción al inglés.

Asimismo, se han tenido en cuenta Guías de Práctica Clínica sobre quemaduras y páginas Web de organizaciones científicas, con contenidos sobre lesiones dermatológicas, deterioro de la integridad cutánea y quemaduras.

Una vez revisada y analizada la literatura científica encontrada, se estableció el protocolo de actuación en 4 pasos:

- **Paso 1.-** Limpieza con suero salino templado.
- **Paso 2.-** Exéresis de flictenas.
- **Paso 3.-** Aplicación de apósito de Hidrofibra Ag.
- **Paso 4.-** Revisión de adhesión y nivel de saturación del apósito hasta la epitelización completa.

RESULTADOS

La pauta de actuación y tratamiento con apósito de Hidrofibra Ag como apósito primario único propuesta, se ilustra con el seguimiento y evolución de cuatro casos clínicos de quemaduras de origen térmico, resueltas durante los últimos 12 meses en la Unidad de Gestión Clínica de Atención Primaria de San Juan de Aznalfarache, referidos a quemaduras que cumplen con los criterios siguientes:

- Clasificadas como quemaduras dérmicas superficiales.
- De superficie corporal total (SCT) no superior al 15-20%.
- Con tiempo de evolución previa al inicio del tratamiento, no mayor a 24 horas.

Descripción de los casos

- **Caso Nº 1:** Mujer de 34 años, sin patología asociada, que acude a Urgencias de Atención Primaria con quemadura dérmica superficial (2º Grado Superficial) de etiología térmica (por contacto con cera caliente depilatoria), de veinticuatro horas de evolución, que presenta una flictena de aproximadamente 4 x 6 cm en zona tibial inferior de la pierna derecha^(Imagen 1).
- **Caso Nº 2:** Mujer de 89 años, pluripatológica (diabetes, hipertensión, Cardiopatía,...) y polimedicada, que acude a Urgencias de Atención Primaria, con quemadura dérmica



Imagen 1. Caso 1



Imagen 2. Caso 2

superficial (2º Grado Superficial), de etiología térmica (producida por calor indirecto de calefactor de aire); presenta flictena de aproximadamente 9 x 6 cm^(Imagen 2), en la meseta tibial del miembro inferior izquierdo.

- **Caso Nº 3:** Mujer de 36 años, sin patología asociada, que acude a consulta programada, tras ser remitida desde urgencias de atención primaria, donde fue valorada y curada 24 horas antes, al acudir con quemadura por escaldadura en dorso de mano derecha (la paciente había sido intervenida quirúrgicamente de un ganglión en zona adyacente a la quemadura, cuatro días antes). La quemadura presenta tejido eritematoso de aproximadamente 7 x 6 cm, con restos de flictena rota espontáneamente^(Imagen 3). En urgencias le extirparon los restos de la flictena (técnica aséptica) y le aplican cura con gasa vaselinada no adherente (Linitul®).



Imagen 3. Caso 3

- **Caso nº 4:** Niña de 15 meses, asistida en Urgencias tras sufrir una quemadura dérmica térmica por contacto con menaje de cocina. Presenta flictena con rotura parcial espontánea de aproximadamente 9 X 5 cm (Imagen 4) en la zona gemelar de su pierna izquierda.



Imagen 4. Caso 4

Evolución de los casos

- **Paso 1.-** Limpieza exhaustiva de la zona afectada (Imagen 5), con suero salino templado.
- **Paso 2.-** Exéresis o desbridamiento de las ampollas o flictenas, así como de cualquier resto de tejido desvitalizado (Imagen 6).



Imagen 5. Flictenas



Imagen 6. Desbridamiento de flictenas

- **Paso 3.-** Aplicación de apósito de Hidrofibra Ag cubriendo las lesiones, de manera que sobresalga el apósito entre 1 y 2 cm. del borde perilesional sobre piel sana^(Imagen 7). A continuación, cubrir con apósito secundario tradicional.
- **Paso 4.-** En curas sucesivas y tras la retirada del apósito secundario, es preciso comprobar la adhesión del apósito (en esta pauta de tratamiento y en este tipo de lesiones, está indicada la adherencia de la Hidrofibra Ag, al lecho de la lesión, siendo ésta una característica deseable), y comprobar a su vez el nivel de saturación del apósito^(Imagen 8), ya que pueden darse varias situaciones, que se resolverán de la siguiente manera:
 - **Apósito de Hidrofibra Ag saturado:** Colocar otro apósito de Hidrofibra encima del primero^(Imagen 9) y cubrir de nuevo con un apósito secundario.
 - **Apósito de Hidrofibra Ag parcialmen-**

te saturado: Cambiar solo el apósito secundario (no intervenir sobre el apósito primario).

- **Apósito de Hidrofibra Ag seco y acartonado**^(Imagen 10): Hidratar con suero fisiológico hasta conseguir gelificar^(Imagen 11); esto es especialmente importante en zonas sometidas a movilidad, para evitar molestias por retracción.
- **Apósito de Hidrofibra Ag desprendiéndose:** La lesión reepiteliza progresivamente y el apósito se va desprendiendo^(Imagen 12), por lo que puede ir recortándose el apósito desprendido.

Quando la evolución es adecuada, el apósito de hidrofibra debe ir desprendiéndose progresivamente de la herida. El desprendimiento completo del apósito, será de forma espontanea cuando la epitelización sea completa^(Imagen 13).

Es importante tener en cuenta que NUNCA debe arrancarse el apósito de Hidrofibra Ag de manera traumática; de estimar oportuna su retirada,



Imagen 7. Aplicación de Hidrofibra Ag



Imagen 8. Adhesión a la herida (observar absorción vertical)



Imagen 9. Cubrir apósito saturado



Imagen 11. Apósito rehidratado y gelificado



Imagen 12. Bordes de apósito desprendiéndose

habría que rehidratarlo con solución salina, esperar entre diez y veinte minutos y proceder a su retirada completa (al gelificar se retira con facilidad).

Una vez desprendido todo el apósito y a pesar de que podemos considerar reepitelizada la lesión,



Imagen 10. Apósito seco y acartonado

recomendamos aplicar un apósito hidrocólicoide extrafino como protección de la nueva epidermis (Imagen 14) y mantenerlo durante unos días (Imagen 15).

Es muy importante, explicar al paciente, cuidadores y resto de profesionales que no estén habituados a esta técnica de curas, que el apósito de hidrofibra debe quedar adherido a la lesión y que éste no debe ser retirado, hasta que se vaya desprendiendo progresivamente; de igual manera, debemos explicar que el aspecto y coloración verdoso-amarillento-negruzco que puede adquirir el apósito, entra dentro de los parámetros normales de la técnica.

En todos los casos, los pacientes (o familiares responsables) han sido informados minuciosamente y otorgado consentimiento para la realización de la técnica.

Ningún paciente ha referido molestias durante el periodo de tratamiento, sino al contrario, han manifestando un alto grado de confort y de satisfacción.

CONCLUSIONES

Esta pauta de actuación se realiza para quemaduras susceptibles de tratamiento a nivel ambulatorio y que cumple con los criterios establecidos.

La evolución de las lesiones ha sido satisfactoria en todos los casos, no apareciendo signos de infección asociados. El periodo de cicatrización,



Imagen 13. Epitelización completa



Imagen 14. Protección con hidrocloide extrafino



Imagen 15. Aspecto tras retirada de hidrocloide

pese a las diferencias y características de cada uno los pacientes, ha estado en torno a los 10-12 días, desde el origen de la lesión (en los 4 casos).

Una vez realizada la piel quemada de la flictena y colocado el apósito de Hidrofibra Ag en el lecho de la lesión, éste no se ha vuelto a manipular hasta la finalización del proceso de epitelización,

con lo que hemos reducido o minimizado el nivel de dolor provocado en este tipo de lesiones, favoreciendo el confort y la calidad de vida del paciente.

Los tiempos relacionados con la frecuencia de curas han variado entre 4 - 5 actos, no siendo la totalidad de los mismos necesarios en cuento

a la realización de alguna intervención, sino que se programaron para la observación del caso y vigilancia del comportamiento del apósito. Teniendo esto en cuenta, con esta pauta de tratamiento, es posible reducir las intervenciones del profesional de enfermería a períodos superiores a cada 72 h., lo que conlleva a su vez un ahorro no sólo por parte del tiempo de dedicación de los profesionales implicados, sino también de los recursos materiales empleados.

Los aspectos relacionados con el confort, auto-

nomía, aumento de calidad de vida del paciente y disminución de los actos de cura durante todo el proceso, proporcionan a este tratamiento unas cualidades a tener en cuenta en comparación con las que ofrecen otros tipos de tratamientos convencionales.

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. Arantón-Areosa L, Beaskoetxea-Gomez P, Bermejo-Martínez M, Capillas-Pérez R, Cerame-Pérez S, García-Collado F, Gómez-Coiduras JM, Manzanero-López E, Palomar-Llatas F, Salvador-Morán MJ, Segovia-Gómez T, Zubiaur-Barrenengoa A. Quemaduras. En: Guía Práctica Ilustrada Tratamiento de Heridas. Madrid: Editores Médicos SA; 2008, p. 41-51
2. Pérez-Boluda M, Martínez-Torreblanca P, Pérez-Santos L, Cañadas-Núñez F. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía; 2011.
3. Gómez-Morell PA. Fisiopatología y clínica de las quemaduras. Definición, epidemiología, etiología. Resumen curso de quemaduras Hospital Vall d'Hebron. Universidad Autónoma de Barcelona 2006.
4. Pérez-Boluda M, Lara-Montenegro J, Ibáñez-Mata J, Cagigal-González L, León-Llerena CM. Guía de actuación ante el paciente quemado. Hospital RU Carlos Haya. Málaga: Servicio Andaluz de Salud; 2006.
5. Gómez-Morell PA, Vernetta-Rubio O, Palao-Domenech R. Quemados. Valoración y criterios de actuación. Marge Medica Books. Barcelona 2009
6. Enoch S, Roshan A, Shah M. Emergency and early management of burns and scalds. *BMJ*. 2009; 338:B1037
7. Alcalá Rodríguez A, Armendáriz Alonso MJ, Caja pulido T, Casamada Humet N, Martínez Riera JR, Oltra Rodríguez E. ¿Heridas crónicas y agudas? Úlceras, quemaduras y heridas Agudas. 100 preguntas más frecuentes. Barcelona: Editores Médicos; 1999.
8. Peñalba-Citores A, Marañón-Pardillo R. Tratamiento de las quemaduras en urgencias. En: Asociación Española de Pediatría (AEP), Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP). Protocolos de Urgencias Pediátricas. 2ª ed. [Monografía de Internet]. Madrid: Ergón, SA; 2010 [consultada: 15/09/2013]. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/tratamiento_de_las_quemaduras_en_urgencias.pdf
9. Babío-Rodríguez D, Campos-Oubel ME. Manejo de las flictenas en una quemadura: una discusión clásica de enfermería. *Revista Multidisciplinar de Insuficiencia Cutánea Aguda [revista en internet]* 2012 [Consulta: 15/09/2013]; 1: 22-6. Disponible en: http://proyectolumbre.com/documentos/Numero_1.pdf
10. Esteban S. Tratamiento de las ampollas en las quemaduras de segundo grado superficial. Revisión bibliográfica desde diferentes puntos de vista. *Enferm Clin*. 2010; 20(1):66-7.
11. Cid-González MC, Alcon-Jiménez C. Respuesta a: Tratamiento de las ampollas en quemaduras de segundo grado superficial. [Carta al director] *Enferm Clin*, 2011; 21(2): 122-3.
12. González de-la Guerra JM, González-Campos M. Ampollas por fricción. Tratamiento con Betadine® en atención primaria de salud. *Rev Rol Enferm*. 2013; 36(6): 416-23.
13. Ledo-García MJ, Crespo-Llagostera T, Martí-Romero MP, Sacristán-Vela JL, Padilla-Monclús MP, Barniol-Llimós N. Grupo de úlceras de Sabadell. Tratamiento Ambulatorio de las quemaduras. *Enferm Dermatol* 2010;3(9):42-53.
14. García-Criado EI, Torres-Trillo M, Torres-Murillo J, Muñoz-Ávila J, Clemente-Millán MJ, González-Barranco JM. Manejo urgente de las quemaduras en atención primaria. *SEMERGEN [revista en internet]* 2008 [consultado: 15/09/2013]; 25 (2): 132-40. Disponible en: <http://www.sobefee.org.br/web-files/publicacoes/artigos/quemaduras.pdf>
15. Gómez-Morell PA. Productos de Aplicación tópica: principios violables e inviolables. Resumen curso de quemaduras Hospital Vall d'Hebron. Universidad Autónoma de Barcelona 2006.

VALORACIÓN GLOBAL DEL PRURITO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES HEPATOBILIARES

GLOBAL ASSESSMENT OF PRURITUS IN PATIENTS WITH HEPATOBILIARY DISEASES

Autores: Rafael Esteve Bosch, Federico Palomar Llatas, Susana Diego Catalá, Víctor Lucha Fernández.

Consorcio del Hospital General Universitario de Valencia

Contacto: e-mail: esteverafbos@gva.es

Fecha de recepción: 12/02/2014
Fecha de aprobación: 30/03/2014

RESUMEN

Objetivo: Conocer y mejorar la calidad de vida de los pacientes con prurito debido a patología hepatobiliar.

Metodología: Estudio descriptivo y prospectivo mediante entrevista y seguimiento a pacientes ingresados en la Unidad de Patología Digestiva del Consorcio del Hospital General Universitario de Valencia. Uso del cuestionario DLQI para valorar su calidad de vida y el cuestionario ISS para medir la intensidad de picor. Se hizo entrega de un tríptico informativo a los participantes. **Estadística y análisis descriptivo.**

Resultados: han participado 33 pacientes (64% hombres), siendo la media de edad de 69 + 24 años. La cirrosis y los tumores de páncreas son las patologías que presentaron el índice más alto de prurito, y las patologías biliares las más bajas. La intensidad del prurito resultó ser moderado y directamente proporcional a la evolución de la enfermedad. El sexo masculino con edad > 65 años mostró más sensibilidad hacia el prurito. De forma global, la calidad de vida de los pacientes resultó ser satisfactoria con una puntuación media aproximada de 3 sobre 30.

Conclusiones: El síntoma de prurito, aún siendo de forma moderada, no afecta de forma importante a la calidad de vida de estos pacientes. El tipo de patología, su evolución, el sexo y la edad, se asocian cualitativamente con la sensación de prurito. La información y educación sanitaria aportada ha sido satisfactoria y ha contribuido a mejorar dicho síntoma.

Palabras clave: prurito, picor, enfermedades hepatobiliares, calidad de vida, dermatología.

SUMMARY

Objective: know and improve the quality of life of patients with pruritus due to Hepatobiliary pathology.

Methodology: Descriptive and prospective study using interview and follow-up patients admitted to the unit of digestive pathology of the consortium of the Hospital General University of Valencia. Use of the DLQI (Dermatology Life Quality Index), and the ISS (Itch Severity Scale). It was a leaflet given to participants. Statistics and descriptive analysis.

Results: 33 patients have participated (64% men), while the average age of 69 + 24 years. The cirrhosis and tumors of the pancreas are the pathologies that presented the highest rate of itching, and pathologies biliary the lowest. The intensity of the pruritus proved to be moderate and directly proportional to the evolution of the disease. Males aged > 65 years showed more sensitivity to the pruritus. Overall, the quality of life of patients proved to be successful with an average score of approximately 3 on 30.

Conclusions: The symptom of itching, even being moderately, not significantly affects the quality of life for these patients. The type of pathology, its evolution, sex and age, it is qualitatively associated with the sensation of itching. Information and health education provided has been successful and has contributed to improve the symptom.

Key Words: itching, pruritus, hepatobiliary disease, quality of life, dermatology.

INTRODUCCIÓN

El prurito o picor, es el síntoma más frecuente en dermatología y se define como una sensación desagradable que origina el deseo de rascarse^(1,2). El picor tiene lugar cuando se activa la red de terminaciones nerviosas libres en la unión dermoepidérmica, como consecuencia de una estimulación térmica, mecánica, química o eléctrica, tanto interna como externa. También intervienen sustancias como la histamina, péptidos vaso activos, encefálicas, sustancia P y prostaglandinas⁽³⁾.

La clínica que presenta el prurito es el rascado como respuesta motora específica del picor, siendo el causante de una serie de cambios en la piel y aunque éste puede ser útil para medir la intensidad del prurito, no se ha podido establecer una relación directa entre ellos⁽⁴⁾. Este primer síntoma da lugar a un eritema que a su vez por el continuo rascado puede llegar a ocasionar erosiones, con exudado que podría dar lugar a costras, eccematización e incluso impetiginización (infección) de la zona.

La investigación actual demuestra que el prurito en general tiene un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes y de su entorno familiar, y su relevancia es tal que hasta se organizan encuentros científicos exclusivos como el Workshop Internacional "Prurito en el nuevo milenio" que tuvo lugar en Japón⁽³⁾.

Por otro lado, las enfermedades hepatobiliares representan la 5ª causa de muerte en España debido al progresivo aumento del consumo de alcohol⁽¹⁻⁵⁾ (por la cirrosis y el consumo excesivo entre jóvenes de 14-18 años), a la obesidad^(2,6) (importante factor de riesgo de la esteatosis hepática, litiasis biliar, coledocistitis, colecistitis, cirrosis, etc.) y a las hepatitis víricas del tipo B y C⁽⁷⁾, además de ser causa importante de morbilidad y mortalidad en el mundo occidental.

La piel de los pacientes con afecciones hepatobiliares pueden presentar lesiones cutáneas pigmentarias, vasculares, alérgicas, pilosas o de uñas⁽³⁾, debido al mecanismo fisiopatológico que la desencadena, pudiéndose clasificar estos en patologías intrínsecas, metabólicas y sistémicas; estas lesiones suelen asociarse a las enfermedades que cursen con una disminución de la excreción biliar, normalmente producidas por enfermedades intrínsecas (cirrosis, hepatitis,...)

u obstrucción biliar⁽⁸⁾ como hiperpigmentación, alteraciones vasculares, lesiones cutáneas de estirpe inmunológica, y prurito (40% de pacientes con enfermedad hepatobiliar).

En el caso del prurito colestásico⁽⁹⁾, parece ser debido a la acumulación de ácidos y sales biliares en la sangre (aunque no se ha podido demostrar ninguna relación entre la intensidad del prurito y los valores de estas sustancias en el suero y en la piel, el prurito suele preceder a la aparición clínica de la enfermedad icterica); también puede no haber lesiones cutáneas, pero normalmente se observan lesiones de rascado y excoeraciones; también se asocia a la ausencia de bilis en las heces, no obstante, la patogenia del prurito en las enfermedades hepatobiliares sigue siendo desconocida; sin embargo, el prurito sí que puede ser un signo precoz de colestasis crónica y, a veces, aparecer años antes que los demás signos cutáneos de las hepatopatías. Un 3% de las mujeres puede experimentar prurito por colestasis en el tercer trimestre del embarazo, es el denominado prurito gravídico, que suele desaparecer tras el parto.

El tratamiento clínico del prurito de origen colestásico es difícil de sobrellevar, ya que suele ser quelante de las sales biliares como la colestiramina, para disminuir los valores de sales biliares y mejorar el prurito. Otras terapéuticas ensayadas para reducirlo con éxito más o menos variable son: plasmaféresis, terfenadina, astenazolol, fenobarbital y rifampicina; también los opiáceos endógenos parecen estar implicados como mediadores centrales del prurito colestásico por lo que en algunos pacientes que no responden a terapias, se han ensayado los antagonistas opiáceos (naloxona y naltrexona) obteniéndose un alivio sintomático.

Por todo ello, el prurito se convierte en un síntoma frecuente que tiene gran repercusión en la calidad de vida en los pacientes que sufren una enfermedad hepatobiliar⁽¹⁰⁾; cuando es intenso, incluso puede llegar a alterar el sueño y el normal desarrollo cognitivo, además de producir ansiedad, depresión y lesiones de rascado.

Atendiendo a lo que dice la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas

Tabla 1.- Estrategia de búsqueda

Descriptores de Ciencias de la Salud (DECS)	Medical Subject Headings (MESH)
Prurito	Pruritus
Enfermedad Hepática	Hepatic disease
Patología Hepática	Hepatic Pathology
Enfermedad Biliar	Bile Disease
Enfermedad Conductos biliares	Bile Duct Diseases
Colestasis	Cholestasis
Ictericia	Jaundice
Calidad de Vida	Quality of Live

y sus inquietudes. Es un concepto muy amplio que esta influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno⁽¹¹⁾.

El objetivo de este estudio de investigación es conocer y mejorar la calidad de vida del paciente con una patología hepatobiliar que presenta como uno de sus principales síntomas el prurito. De forma secundaria, también se pretende evaluar objetivamente la intensidad del prurito, relacionar los diagnósticos hepatobiliares con el prurito y conocer el nivel de satisfacción del paciente con las medidas instauradas.

Se plantea como hipótesis de trabajo, si al aumentar los conocimientos de un paciente que padece prurito debido a una enfermedad hepatobiliar, mediante medidas educacionales y terapéuticas para disminuirlo o aliviarlo, puede mejorar su calidad de vida.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha llevado a cabo un estudio prospectivo, longitudinal y descriptivo, en una muestra no aleatorizada de pacientes que padecían algún tipo de enfermedad hepatobiliar y que se encontraban ingresados en la Sala de Patología Digestiva del Consorcio del Hospital General Universitario de Valencia (CHGUV). El periodo de estudio fue de 7 meses, de noviembre de 2011 hasta mayo de 2012.

Previamente, se ha realizando una revisión bibliográfica para encontrar las mejores evidencias disponibles que respondieran a los objetivos marcados. La estrategia de la búsqueda incluyó una traducción de las palabras naturales, a palabras

claves, a través de los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical subject Headings (MeSH)^(Tabla 1); con los descriptores resultantes se utilizaron las siguientes bases de datos: BNE, ISBN, Biblioteca de la UCV, REBIUN, Biblioteca del CHGUV, Google Books, Teseo, Scirus, Scholar Google, Pubmed, Medline y EBSCOHOST. Los criterios de inclusión de los estudios en estas bases de datos fueron:

1. Tema: Pacientes con alguna patología hepática o biliar que padezcan como uno de sus principales síntomas prurito
2. Método: Revisión sistemática, metanálisis, estudios clínicos descriptivos.
3. Artículos sin limitación de tiempo.
4. Artículos que puedan ser aplicables en nuestro medio.

El ámbito de actuación ha sido la 3º planta de digestivo del CHGUV, Hospital de referencia en el departamento de salud Hospital General de Valencia, con una población aproximada de 372.000 habitantes, con una capacidad de 560 camas.

Los pacientes ingresados en el servicio de digestivo se clasificaron en dos 2 grupos: Patología gastroenterológica (GEL), y Patología hepático o biliar (HPL).

La selección de los participantes fue voluntaria y no aleatoria. Los criterios de inclusión fueron:

- Pacientes ingresados en 3º planta de digestivo del CHGUV.
- Ambos sexos
- Que tengan algún tipo de enfermedad hepática

tica o biliar

- Que padezcan o hayan padecido desde el diagnóstico de su enfermedad hepatobiliar prurito.
- Que tengan capacidad de comunicación oral y sin alteraciones mentales de ningún tipo.

Una vez informados los pacientes del estudio y firmado el consentimiento se les entregó a cada uno de ellos una encuesta demográfica específica, un cuestionario para valorar el índice de calidad de vida en dermatología (Dermatology Life Quality Index, DLQI) y otro cuestionario para la valoración de la escala de intensidad del picor (Itch Severity Scale, ISS).

El cuestionario DLQI⁽¹²⁾ es un instrumento de medida de la calidad de vida relacionada con la salud específico para dermatología. Fue desarrollado en el Reino Unido por AY. Finlay y GK. Khan en 1994, siendo un instrumento simple, sensible y compacto que consta de 10 preguntas referidas a los 7 últimos días. Cada pregunta incluye un a escala tipo likert con cuatro respuestas con puntuación de 0 a 3. Sus dominios de salud son: síntomas y percepciones, actividades diarias, ocio, trabajo estudio, relaciones interpersonales y tratamiento. La puntuación final se obtiene mediante la suma de las puntuaciones de los ítems, y va de 0 (mínimo impacto en la calidad de vida) a 30 puntos (máximo impacto en la calidad de vida). El resultado puede ser el tanto por ciento de impacto de la afección dermatológica mayor puntuación mayor impacto. Puede ser completado entre 1 y 3 minutos sin dificultad por personas de diferente edad y nivel intelectual.

La escala ISS^(13,14) es un instrumento desarrollado y validado recientemente por Majeski et al y permite evaluar la intensidad del prurito de manera objetiva y a la vez observar el efecto que este tiene sobre el paciente. También puede permitir evaluar la efectividad del tratamiento y establecer comparaciones entre grupos de población. Consta de 7 preguntas y cada una incluye una escala tipo likert con distintas respuestas en cada una.

Los cuestionarios fueron cumplimentados mediante entrevista al paciente por un miembro del equipo investigador en un tiempo aproximado de 10 minutos. Al final del proceso, se les ofreció y explicó a los pacientes mediante un tríptico informativo que contenía las medidas higiénicas, recomendaciones y consejos generales y espe-

cíficos para intentar aliviar y disminuirles el picor que estaban padeciendo, sin interferir de ningún modo en el tratamiento médico y farmacológico que estaban llevando. De esta manera, a la vez que se valoraba su estado actual de calidad de vida se intentaba implicar al paciente en sus cuidados básicos y aumentar así sus conocimientos mediante medidas educacionales y terapéuticas con la finalidad de disminuir, mejorar y aliviar su problema dermatológico (el prurito).

Posteriormente, tras un tiempo comprendido entre 25-30 días, el equipo investigador reevaluó si el paciente había conseguido una mejora de su calidad de vida en relación con el prurito. Para ello se procedió a realizar llamadas telefónicas a los participantes y preguntarles qué medidas o consejos del tríptico informativo les habían ayudado más.

Todos los datos recogidos fueron introducidos en el programa EXCEL de Microsoft, para su posterior análisis estadístico, consistente en medidas de tendencia central y descripción de frecuencias de los valores obtenidos en los cuestionarios evaluados.

RESULTADOS

En este estudio han participado 33 pacientes voluntarios de entre 40 y 88 años (media de edad de 69 años), de ambos géneros: 12 mujeres y 21 hombres^(Gráfico nº1); con diferentes diagnósticos médicos y dentro de los criterios de inclusión.

Obteniendo los siguientes resultados:

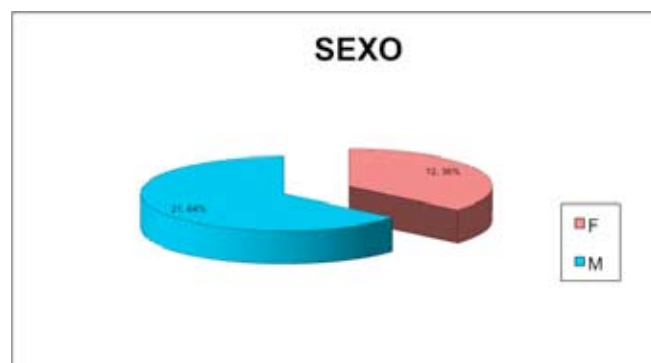


Gráfico 1.

1. **Síntomas del picor que se observan directamente:** el Eritema estaba en el 100% de los pacientes en el área de rascado^(Gráfico 2), Eritema junto a Excoriaciones, en el 33,3%, y



Gráfico 2.

con 3 síntomas como Eritema + edema/Pápulas + Excoriaciones, que determinan un rasgado más intenso y continuado, solo en 12,1%.

2. Escala Visual del Prurito: En 23 pacientes apuntaron un valor > 5, siendo la puntuación nº 6 (8 pacientes) y la nº 8 (7 pacientes) las más señaladas^(Gráfico 3).

3. Por sexos: podemos destacar, que de la mujeres, en 12 pacientes que han participado, 7 de ellas apuntaron un nº inferior a 5 en la Escala Visual del Prurito (58%). En hombres, 15 de los 21 señalaron un nº >5 (siendo el valor más frecuente el nº6).

4. Por Patologías: la Cirrosis, da un resultado más alto de prurito ya que 11 pacientes señalaron una cifra superior al 5 (73,3%), y 7 de ellos superior a 7. Los pacientes con tumores de páncreas han dado la puntuación mas altas en intensidad de Picor (8 y 9) y las patologías biliares las más bajas (3 a 5)^(Gráfico 4).

5. Otros resultados: a más tiempo de evolu-

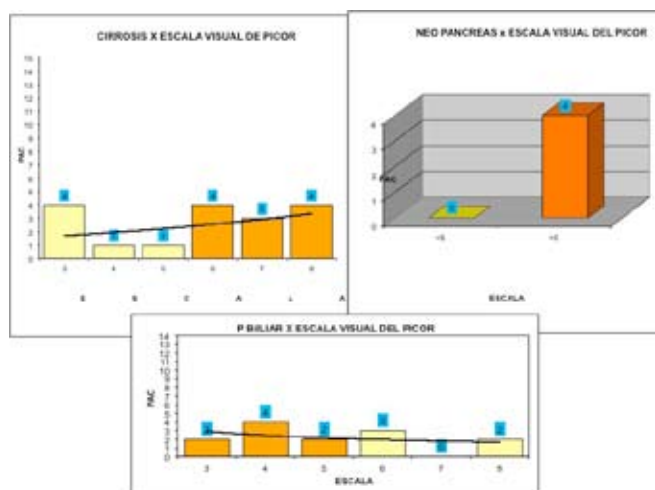


Gráfico 4.

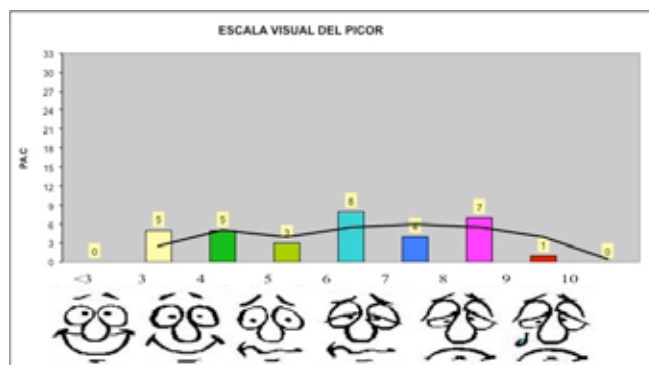


Gráfico 3.

ción de la enfermedad, más intensidad de prurito percibida. Por años de evolución de la enfermedad desde el diagnóstico, la media de la Escala de Picor ha sido de 6,5 (siendo la enfermedad mas añosa, con diferencia, la cirrosis), por meses, la media bajó a 5,6, y por días, a 4,5.

Con respecto a la valoración y el análisis de las escalas, cabe destacar:

I. Escala ISS: El resultado de Intensidad del Picor ha sido 8,39 de media de un valor máximo de 21, lo que significa que se encuentra dentro de los valores de Intensidad moderada del Prurito. (Niveles: Leve 0/7, Moderado 8/14, Fuerte 15/21)^(Gráfico 5).

Si se desglosa estos datos por pacientes totales del estudio y sexos, se comprueba que:

- La Intensidad moderada aparece en el grupo masculino (66,6%), mientras que en el femenino con 33.4% la intensidad es más leve.
- La enfermedad que ha dado puntuaciones más altas ha sido la cirrosis, en 9 de los 15 pacientes, con resultados totales superiores a 8^(Gráfico 6).

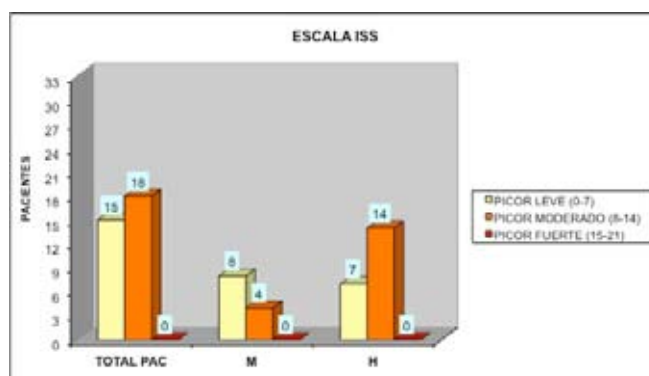


Gráfico 5.



Gráfico 6.

c. La frecuencia de respuesta más referenciada para cada ítem ha sido:

- P1 Señala la frecuencia del picor en cada momento del día (por la noche): 18 pacientes de los 33 totales (54,5%).
- P2 Como describiría el picor: el 55% como moderadamente urticante en el momento de sentirlo.
- P3 Señalar las zonas donde se siente: el 78,8% señaló los brazos como la zona más pruriginosa, seguida de la espalda (36,4%) y las piernas en un 21,2% del total. Además reseñar que 21 de ellos señalaron más de una parte siendo brazos + espalda la más reseñada (43%).
- P4 Valorando la Intensidad: el 57,6% lo califica como moderado habitual.
- P5 En si ha tenido cambios de humor por el picor: 23 pacientes contestaron que se sentían Inquietos en el momento de padecerlo.
- P6: (Esta pregunta no fue valorada por ningún paciente).
- P7 Si este síntoma les ha ocasionado algún problema de sueño: Sólo 7 de ellos respondieron que a veces tenían dificultad para dormir, 3 a veces se despertaban por ello, y 2, los pacientes con mayor puntuación siempre se despertaban alguna vez.

II. **Escala DLQI:** Respecto a los resultados de Índice de Calidad de Vida en Dermatología, la puntuación media total fue de 2,36 de 30 (Gráfico 7). Con lo que se observa que aún pade-

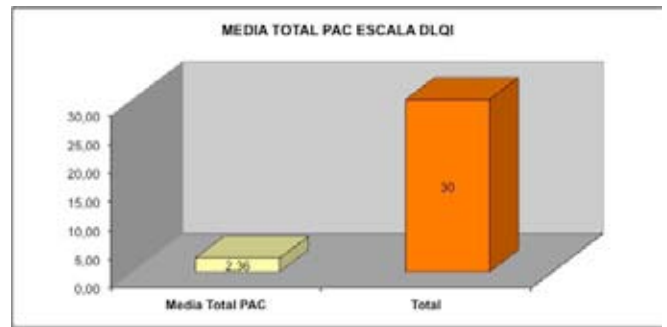


Gráfico 7.

ciendo el síntoma de forma moderada no les está afectando en su calidad de vida.

Referente a las llamadas telefónicas que se realizaron para reevaluar el estado del paciente respecto a su prurito, y preguntarles que medidas o consejos del tríptico informativo les han ayudado más, destacan los siguientes resultados :

- a. De los 33 pacientes del estudio, 18 respondieron a la llamada, 11 no lo hicieron ni tras varias llamadas en días sucesivos, y 4 habían fallecido.
- b. De los que si respondieron 13 dijeron haber mejorado el picor (la mayoría de los cuales respondían a patologías biliares), y solo 5 mantenían que su situación seguía siendo definida por ellos como regular.
- c. A la pregunta sobre la información aportada tras la entrevista en la que rellenaron las encuestas y el tríptico, los 18 pacientes que respondieron dijeron que si que lo habían tenido en cuenta, siendo la medida más puesta en práctica y según ellos con resultados positivos la "aplicación de cremas con Urea". Hubo 5 pacientes que dijeron que su estado todavía seguía siendo regular, respecto al picor, comentaron que si notaban una pequeña mejora temporal al aplicársela.

DISCUSIÓN

En la revisión bibliográfica no se obtuvo ningún resultado específico de estudios que refirieran al prurito en pacientes con una afección hepatobiliar, con lo que desconocemos la situación sanitaria de estos pacientes en nuestro entorno.

La muestra de 33 pacientes utilizada en este estudio, si bien puede considerarse corta, guarda

1-HAY QUE ROMPER EL CICLO PICOR-RASCADO, CON UNA BUENA HIDRATACIÓN, VARIAS VECES AL DÍA:

- CREMAS** CON UREA 5-15%
- LOCIONES** ANTIPRURIGINOSAS




2-MANTENER LAS UÑAS CORTAS PARA EVITAR LESIONES POR EL RASCADO.



3-FACTORES AMBIENTALES:

- EVITAR LA EXPOSICIÓN AL FRÍO Y LOS CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERATURA
- MANTENER **TEMPERATURAS AGRADABLES ENTRE 20-22**



4-EN EL BAÑO:

- EVITAR T° EXTREMAS** DE SAUNAS Y JACUZZIS (PORQUE HACEN TRANSPIRAR LA PIEL Y EMPEORAN EL PRURITO)
- BAÑOS Y DUCHAS CORTAS** DE 5-10 MIN. DE AGUA **TEMPLADA**
- SECADO A PALMADITAS** (NO FROTAR)
- DESPUÉS DEL BAÑO/DUCHA SIEMPRE : **HIDRATAR**





5-VESTIR:

- CON **ROPA SUELTA Y TRANSPIRABLE**, EMPLEANDO PRENDAS DE ALGODÓN (NO UTILIZAR LANA NI SEDA)
- LLEVAR **POCAS PRENDAS Y NO AJUSTADAS**
- AL LAVAR, LA ROPA BIEN ACLARADA Y NO UTILIZAR SUAVIZANTES.

6- NO SE DEBE DORMIR SOBRE COLCHONES DE GOMA-ESPUMA.



7-EVITAR EL CONTACTO DIRECTO CON SUSTANCIAS IRRITANTES (BARNICES, DISOLVENTES,...) O CON ANIMALES CON MUCHO PELO. SI NO ES POSIBLE, UTILIZAR GANTES.



8-EVITAR ALIMENTOS POTENCIALMENTE IRRITANTES:

- FRESAS, MELOCOTONES, MARISCO...
- TAMBIÉN EXCITANTES COMO EL CAFÉ Y EL CACAÓ.



Gráfico 8.



Imagen 1.

cierta concordancia en referencia a la distribución por sexos, con otros estudios realizados⁽¹⁵⁻¹⁷⁾, en cuanto a que la patología hepática afecta a más hombres que a mujeres, debido principalmente a las causas más comunes que provocan estas enfermedades como son el alcohol y los virus.

La edad media de los pacientes de los participantes ha sido de 69 años, siendo en otro estudio de C. Butias et al⁽¹⁷⁾ de 63 años; este dato es importante pues una patología hepática junto a la edad avanzada y al proceso de envejecimiento de la piel que esto conlleva, puede ser causante de mayor prurito, ya en la introducción hacemos referencia a los cambios fisiológicos de la piel con el aumento de la edad.

Decir que en 4 de los 33 pacientes que padecían prurito intenso se observó, además de eritema, excoriaciones por rascado (no colonizadas debido a que los pacientes estaban con tratamiento antibiótico); en este sentido los enfermeros debemos prestar especial atención a este tipo de pacientes con estas lesiones ya que además de indicarnos que presentan un picor incontrolado, se pueden provocar heridas agudas con riesgo de infección^(Imagen 1), que, se podrían evitar con medidas y consejos como los señalados en el tríptico informativo^(Gráfico 8), que podrían aliviar este síntoma y prevenir las lesiones y la infección.

Los datos más altos de la escala de prurito han

sido apuntados por hombres con una edad media mayor de 70 años y con neoplasia pancreática. Este tipo de neoplasia ocupa el cuarto lugar entre las causas de muerte por cáncer en los países desarrollados; además, pocos son los pacientes que pueden ser diagnosticados en su fase precoz por lo que el tratamiento suele ser en muchos casos paliativo; por todo esto, las medidas del personal de enfermería deberán estar encaminadas a una buena información y educación del paciente tanto de su enfermedad como de sus síntomas más molestos; incluso deberíamos plantearnos entregar el tríptico de consejos, medidas y recomendaciones del prurito al ingreso de un paciente con este diagnóstico. En los casos en que la enfermedad este en un estadio avanzado y el paciente no pueda colaborar, sería importante incluir a los cuidadores en esta información y educación, dándoles consejos como:

- Hidratación e higiene de la piel.
- Baños cortos y emolientes puede favorecer y mejorar el prurito.
- Controlar dentro de lo posible la temperatura ambiental ya que el calor aumenta el flujo capilar y como consecuencia también aumenta el picor. En ambientes más templados o frescos y con una humedad relativa del 40% son más recomendables.
- Fomentar las distracciones y terapias como la musical, relajación y otras psicoterapias.

Respecto al dato obtenido acerca del tiempo de evolución de la enfermedad hepatobiliar se ha visto que se produce mayor prurito percibido proporcional al tiempo de evolución de la enfermedad. Muchas veces el tratamiento de estas enfermedades hepáticas alivian el síntoma del prurito en sus estadios iniciales, pero con el avance de la enfermedad estos tratamientos sistémicos pueden ir perdiendo eficacia respecto al picor. Por lo tanto a parte del tratamiento sistémico se deberá añadir las medidas paliativas como las anteriormente mencionadas.

La valoración de la calidad de vida percibida por los pacientes mediante la escala DLQI, que es uno de los objetivos del presente estudio, refleja claramente un dato bajo (1,89 de media de una puntuación total máxima de 30), lo que indica que los pacientes no consideran que el prurito que padecen por su enfermedad hepatobiliar, les

esté afectando a su calidad de vida. Aun considerando otros factores como la edad avanzada, la patología que les afecta, muchas de ellas crónica, a veces en estado grave e invalidante se ha demostrado que el picor que padecen no les afecta ni en sus tareas diarias, hábitos, ni en sus relaciones. Parece que solo les afecta de una manera sintomática, moderada y temporal; estos resultados coinciden con el estudio de S. Vinaccia et al de 2008⁽¹⁸⁾ y F. Sampogna et al de 2006⁽¹⁹⁾, que confirman que la calidad de vida de los pacientes con una enfermedad dermatológica, como la psoriasis, que cursa con prurito también es buena, siendo sus resultados en la escala DLQI de 11 de media de una puntuación total máxima de 30.

Estos resultados contrastan con otros estudios referentes a problemas dermatológicos como el de M. Ribera et al de 2004⁽²⁰⁾ en el que la psoriasis y el prurito que padecen influyen de manera importante en la calidad de vida del paciente, tanto en su esfera psicoemocional como en las relaciones de sujeto con su entorno laboral y social afectando incluso a los aspectos mas personales y cotidianos de la vida (76% de los pacientes afirmó sufrir ansiedad o estrés provocados por esta afección dermatológica). Esto puede tener una explicación porque también esta demostrado por varios estudios como el de C. Cortes et al de 2010⁽²¹⁾, que los problemas dermatológicos si pueden afectar a la calidad de vida de los pacientes dependiendo del impacto visual y estético que produzcan, como discapacidades, desfiguraciones, dolores, etc; mientras que en el presente estudio el prurito no provoca manifestaciones visuales exageradas que afecten al paciente. Señalar que algunos de los pacientes del estudio, no todos, padecían también en mayor o menor grado, ictericia; esta manifestación cutánea como hemos explicado, sí puede afectar a la calidad de vida de los pacientes por tener un mayor impacto visual; ello podría ser objeto de otro estudio (ictericia y calidad de vida).

Habiendo demostrado que la Calidad de Vida de los pacientes de la muestra no se ha visto afectada por la presencia del síntoma prurito, si que se ha detectado, tras la llamada telefónica para la valoración final, ya en su domicilio, que este si que se ha disminuido y mejorado en muchos de los casos.

Se observa que durante los meses de Diciem-

bre a Febrero hubo más ingresos de pacientes con enfermedades hepatobiliares que el resto de los meses (en estos tres meses la media de ingresos por esta patología fue de 35 ingresos al mes, mientras que la media del resto de meses fue de 14). Según JM. Moragas⁽²²⁾ el 40% de los pacientes con enfermedad hepatobiliar presentan prurito; en el presente estudio, en el mes de febrero se detectó la tasa más alta, el 29% de los pacientes ingresados con enfermedad hepatobiliar presentaban prurito. La diferencia de porcentajes radica en que la muestra objeto de estudio atiende solo a pacientes ingresados en el servicio de digestivo y que en el estudio de JM. Moragas se refieren a pacientes diagnosticados de enfermedad hepatobiliar atendidos en Atención Primaria, Consultas de Especializada e ingresos hospitalarios.

También, se ha demostrado que la tasa más alta de prurito se ha detectado en los meses de invierno. En el estudio de J. Uriarte et al de 2005⁽²³⁾ se demuestra que existe una diferencia de las dermatosis con prurito en los meses de invierno en comparación con otros meses del año (el 60% de las consultas); esto puede ser debido a las bajas temperaturas propias del invierno que disminuyen la extensibilidad, hidratación y resistencia del estrato córneo, provocando fisuras que generan mayor número de consultas por prurito.

Dentro de las posibles limitaciones derivadas del diseño y metodología, este estudio se basa en una muestra reducida, porque algunos pacientes ingresados con patología hepatobiliar no cumplían los criterios de inclusión (encefalopatía hepática, demencia senil, Alzheimer... con afectación cognitiva).

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez-Pardo L. Consumo alcohólico en la población española. *Adicciones*. 2002;14:79-97.
2. Poniachik T, Marcilla C, Contreras J, et al. Obesidad factor de Riesgo para la esteatohepatitis y fibrosis hepática. *Rev med Chile*. 2000; 130(7):731-6.
3. Allevato MA. Prurito. *Act. Terap. Dermatol*. 2004; 27(5-6):336-44.
4. Blanco S, Unamuno P. Prurito y excoriaciones sin lesiones evidentes. *FMC*. 2008; 15(6): 395-401
5. Plan Nacional sobre Drogas. pnsd [sede Web]. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas; [acceso: 14/08/2013]. disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/>
6. Cervera J, Motola D, Guevara L. La obesidad y su asociación con el desarrollo de Cirrosis criptogénica y hepatocarcinoma. *Gac Med Mex*. 2004; 140(Supl 2):77-83
7. Echevarría JM. Etiología y Patología de la Hepatitis Víricas. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2006; 24(1):45-56.

CONCLUSIONES

1. Se ha identificado la calidad de vida del paciente ingresado en la sala de Patología Digestiva del CHGUV mediante el cuestionario DLQI, dando un resultado de media bajo, es decir, que aun padeciendo prurito de forma moderada, este no les afecta en su calidad de vida.
2. Se ha podido describir objetivamente la intensidad de prurito, y a la vez comparar, tanto por la escala Visual de Prurito como por el Cuestionario ISS; destacando que los datos más altos de la escala de prurito han sido apuntados por hombres con una edad media mayor de 70 años.
3. Los pacientes con la enfermedad de neoplasia de páncreas, han sido los que más intensidad de prurito han manifestado, mientras que las enfermedades con patologías biliares han dado medias más bajas de picor.
4. Cuanto más tiempo de evolución de enfermedad, más intensidad de prurito percibida.
5. En la valoración posterior mediante la llamada telefónica se ha constatado que todos los pacientes habían tenido en cuenta la información del tríptico y estar satisfechos con las medidas y recomendaciones de este.

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 trabajo de investigación.

8. Planes R, Salmeron J, coordinadores. Enfermedades Hepáticas. Barcelona: Permanyer; 2007.
9. Rodas J, Arroyo V, Bordas JM. Enfermedades del Hígado y de las Vías Biliares. En: Farreras-Rozman. Medicina Interna. Vol 1(16ª ed). Barcelona: Elsevier España SL; 2008. p.249-368.
10. Carbajo AJ, Manzanares J. Tratamiento Médico y Soporte Nutricional del paciente con Enfermedad Colestásica Crónica. An Pediatr.2003;58(2):174-80
11. Schwartzmann L. Calidad de Vida relacionada con la Salud: Aspectos Conceptuales. Cienc enferm. 2003; 9(2): 9-21
12. De Tiedra AG, Mercadel J, Badía X. Spanish Transcultural adaption of the cuestionnaire Dermatology Life Quality Index (DLQI): Índice de Calidad de Vida en Dermatología. Actas Dermosifliogr. 1998; 98:692-700
13. Dauden E. validación de la versión española de la escala de intensidad de picor (Cuestionario Itch Severity Scale, ISS). Estudio PSEDA. Actas Dermosifliogr. 2011; 102(7): 527-36.
14. Zachariae R, Lei U, Haedersdal M, et al. Itch Severity and Quality of Life in patients with Pruritus: Preliminary validity of a Danish Adaptation of the itch Severity Scale. Act Derm Venereol. 2012; 92(5): 508-14.
15. Campollo O, Valencia J, Bercus A, et Al. Características Epidemiológicas de la Cirrosis Hepática en el Hospital Civil de Guadalajara. Salud pública Méx. 1997; 39(3): 195-200.
16. Huertas-Cuaresma J, Méndez-Perles C, Medina-Mirón M, González-Gallardo M. Cirrosis hepática en el hospital clínico San Carlos [Internet]. 2007 [citado 14/08 2013]. Disponible en: http://www.ucm.es/info/dosis/Preventiva/jor_xv/m11.pdf
17. Butias C, Davalos M, Roman R, et al. Características Epidemiológicas y Clínicas de la Cirrosis Hepática en la Unidad de Hígado del HNERM Es-Salud. Rev Gastroenterol Perú. 2007; 27(3): 238-45.
18. Vinnacia S, Quiceno M, Martires A, et Al. Calidad de Vida relacionada con la Salud, Emociones Negativas y Apoyo Social en Pacientes con Psoriasis vulgar. Psicología y Salud. 2008; 18(1): 12-25
19. Sampogna F, Tabolli S, Söderfeldt B, et al. Measuring Quality of Life of Patient with Different Clinical Types of Psoriasis using the SF-36. Br J Dermatol. 2006; 154(5): 844-9
20. Ribera M, Caballe G, Fernández N, et Al. Impacto de la Psoriasis en la Calidad de Vida del Paciente Español. Piel. 2004; 19(5): 242-9.
21. Cortes C, Castro J, Fierro E, et Al. Calidad de vida de Pacientes con Psoriasis en un Hospital de tercer nivel. Comunicación de 59 casos. Dermatología Rev Mex. 2010; 54(3):125-132
22. Moragas JM. Dermatología en Medicina interna. En: Farreras-Rozman. Medicina Interna. Vol 1. (16ª ed). Barcelona: Elsevier España SL. 2008 p.1279-94
23. Uriarte J, Saez M, Orozco L, et Al. Variación estacional de las dermatosis más frecuentes en una consulta externa de dermatología pediátrica en México. Dermatol Pediatr Lat. 2005; 3(1):21-25

POLIULCERACIÓN EN PACIENTE TERMINAL: ÚLCERAS DE KENNEDY. PLAN DE CUIDADOS PALIATIVOS.

MULTIPLE ULCERATION IN TERMINAL PATIENT: ULCERS OF KENNEDY. PLAN OF PALLIATIVE CARE

Autores: Jordi Guinot Bachero⁽¹⁾, Teresa Furió Vizcaino⁽²⁾

1) Enfermero CS Palleter, Castellón. Experto Universitario en cuidado y cura de heridas por la Universidad de Cantabria.

2) Estudiante 3º curso. Escuela Enfermería Nuestra Señora del Sagrado Corazón. Hospital General de Castellón. Universidad de Valencia.

Contacto: ratetaxocolatera@gmail.com

Fecha de recepción: 31/01/2014

Fecha de aprobación: 20/03/2014

RESUMEN

Las Úlceras Terminales de Kennedy (KTU) son una poliulceración por presión específica de pacientes terminales. Afectan más a los pacientes sin patología oncológica. El abordaje debe ser holístico y paliativo: proporcionar confort que asegure una muerte digna. Elaboramos un plan de actuación de enfermería que lograra la implicación de los familiares, y de las alumnas de enfermería, en los cuidados de una paciente en estado terminal con KTU. Tras la valoración de las lesiones se realizaron curas en ambiente húmedo. El objetivo principal fue el control del olor y el dolor. Conseguimos lograr el confort de la paciente, quien realizó un digno tránsito hacia la muerte con su familia. Abordar la curación de las KTU con la meta del cierre de las lesiones es un error. En los pacientes terminales se debe priorizar el confort y el bienestar evitando el abandono de las UPP y la agravación de las existentes.

Palabras Clave: Úlcera terminal de Kennedy (Kennedy Terminal Ulcer (KTU)) Poliulceración, Cuidados Paliativos, Dolor, Plan de cuidados.

ABSTRACT

The Kennedy Terminal Ulcers (KTU) are a multiple ulceration due to the specific pressure of terminal patients. It affects more to non-oncological pathology patients. The approach must be holistic and palliative: to provide comfort that ensures a dignified death. We elaborated a nursing care plan that achieved the involvement of family members and nursing students in the care of a patient in terminal status with KTU. After the assessment

of the injuries, they were healed in humid environment. The main objective was to control of the smell and the pain. We managed to achieve the comfort of the patient, who made a worthy route to death with his family. Addressing the KTU cure with the goal of closing the lesions is a mistake. In terminal patients, we should prioritize comfort and well-being, avoiding the abandonment of the UPP and the aggravation of the existing ones.

Keywords: Kennedy Terminal Ulcer (KTU), Poly ulceration, Multiple Ulceration, Palliative Care, Pain, Care Plan.

INTRODUCCIÓN

Es relativamente frecuente, que los pacientes poliulcerados sufran al mismo tiempo, múltiples úlceras por presión (UPP) de diferente severidad, en localizaciones distintas y con características muy variables.

Esta patología está causada por la conjunción de diferentes factores etiopatogénicos como la presión continua de la piel sobre las prominencias óseas, o el cizallamiento debido a la sedestación en 45°, asociados a una deficiente movilización del paciente para aliviar la presión, junto a las carencias nutricionales, a la fragilidad de la piel por la edad, o la humedad continua, junto al deterioro derivado de otras patologías concomitantes (enfermedades cardiovasculares, etc.)⁽¹⁾. Estos factores pueden aparecer en cualquier momento de la vida de una persona en que se asocie presión e inmovilidad. Las largas estancias en cuidados

intensivos, los politraumatismos, los traumatismos craneoencefálicos o las lesiones medulares, suelen ser algunas de las patologías que, si no se incorporan medidas preventivas asociadas a la valoración del riesgo mediante las Escalas de Valoración de Riesgo de UPP (EVRUPP), con mayor frecuencia originarán poliulceración⁽²⁾.

Las poliulceraciones en pacientes lesionados pueden ser reversibles; por el contrario la súbita aparición de múltiples UPP en pacientes ancianos puede ser un indicativo de la cercanía de la muerte⁽³⁾. La piel, como el resto de los órganos y sistemas, sufre un deterioro fisiológico en la última etapa de la vida, por lo tanto aumenta el riesgo de aparición de UPP con evolución tórpida⁽⁴⁾. En la bibliografía encontramos estudios que sugieren que esta circunstancia es más frecuente en pacientes terminales con patologías no neoplásicas que en los de origen oncológico⁽⁵⁾.

El término “Kennedy Terminal Ulcer” (KTU) se acuñó en 1983 por Karen Lou Kennedy⁽⁶⁾; la autora trabajaba en un equipo de cuidado de la piel, y observó que algunas personas que sufrían un tipo determinado de UPP fallecían en un plazo de dos semanas tras su aparición. En 1989 aparece la primera descripción de la KTU en el National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP).

Sus características específicas son: Aparición preferente en área sacro – coxígea, talones, cara posterior de pantorrillas, brazos y codos; se distinguen como una decoloración de la piel en forma de pera, mariposa o de herradura; se trata de úlceras de bordes irregulares, de inicio repentino y progreso muy rápido^(Imagen 1); pueden confundirse con una abrasión o flictena y el color puede variar desde el púrpura, al rojo, pasando por el amarillo, e incluso el azul o el negro⁽⁷⁾.

La posibilidad de desarrollo de KTU obliga a afrontar el tratamiento de las UPP en pacientes terminales, con una visión distinta, ya que si establecemos objetivos fijos tendentes a la prevención y curación de las mismas, éstos estarán abocados al fracaso.

La entidad del caso posibilitó, a las cuatro estudiantes de 3º curso de Grado de enfermería en prácticas, la realización de un taller de prevención y tratamiento de UPP en paciente terminal, en vivo, con registros específicos en la Historia Clínica (HC).

Otros aspectos a tener en cuenta son los factores que influyen en la visión de la muerte, la enfermedad que provoca la situación, la presencia o ausencia de dolor y especialmente, la pérdida de autonomía y conciencia que la acompañan en algunas situaciones.

Así pues, la circunstancia del fallecimiento, el lugar donde se produce y la asistencia técnica, humana y afectiva recibida, tanto para el paciente como para los familiares, van a influir en los sentimientos producidos por la muerte y en la forma en que los familiares manejarán el duelo por la pérdida del ser querido; de ahí importancia de tratar de aliviar todo el sufrimiento que pueda producir esa situación agónica y de asegurar un ambiente cómodo, junto a sus seres queridos, hasta que se produzca la muerte⁽⁸⁾.

OBJETIVOS

Procurar confort del paciente terminal por medio de un Plan de Cuidados desde una perspectiva holística.

Lograr la implicación de los cuidadores, tanto principales como secundarios, en la ejecución de los cuidados, por medio de la Educación Para la Salud (EPS).

Aliviar el dolor y el olor de las heridas.

Realizar un taller de prevención y tratamiento de UPP en el paciente terminal, en vivo y con registros en HC, para las alumnas de enfermería.

METODOLOGÍA

El diseño de este estudio sigue la metodología del caso único de corte cualitativo.

Se proyectó un plan de cuidados de enfermería, mediante el análisis de un caso clínico y la revisión bibliográfica sobre poliulceraciones y KTU.

Se diseñó un taller de prevención y tratamiento de UPP en pacientes terminales, en vivo y con registros en HC, para las alumnas de enfermería, basado en las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica de UPP de la Comunidad Valenciana (GPCUPP)⁽¹⁾, que incluye intervención de EPS⁽⁹⁾ con los cuidadores.

Antecedentes: La paciente a estudio es una mujer de 88 años pluripatológica, con antecedentes de síndrome postflebitico con úlcera en 2007, neoplasia maligna de mama en 2009, By-Pass

fémoro - poplíteo de la extremidad inferior derecha (EID) con Dina-Flo, el cual requirió reintegro por edema del miembro afecto, embolia y trombosis en extremidades inferiores (EEl), insuficiencia cardíaca e hipertensión benigna en 2011; presenta además antecedentes de anemia megaloblástica, arterioesclerosis en arterias de las EEl, artrosis, demencia senil, embolia con infarto cerebral y una úlcera duodenal en 2013.

A tratamiento con anticoagulantes orales desde 2007 y en tratamiento paliativo desde septiembre de 2013. Finalmente desde octubre de 2013, sufre incontinencia mixta y está inmovilizada en cama, alternando con sedestación en sillón.

La primera UPP data de junio de 2013 (diagnosticada y registrada sin categoría, ni localización); no constan otros registros de úlceras, aunque se hace referencia a varios de curación de heridas, sin especificar tipo de lesiones.

Es madre de 8 hijos, con marido vivo. A causa de que habitan en un piso sin ascensor, la familia ha decidido que el matrimonio rotará, en periodos de 1 mes, por las casas de los 4 hijos que sí lo tienen. Esta circunstancia conlleva que la atención enfermera a domicilio se reparta entre tres centros de salud y un consultorio auxiliar. Por ello, la ejecución de los cuidados está compartida entre cuatro cuidadoras distintas y siete profesionales diferentes, tanto para cuidados generales como para prevenir y/o curar las UPP que se puedan originar a lo largo del periodo final de su vida.

El estudio pormenorizado de la historia clínica informatizada ofrece muchas lagunas, tanto de registro, como de diagnósticos enfermeros y evolución. La única valoración parcial de la paciente, data de 2008:

Índice de Barthel: Dependiente Leve - 75

Riesgo de UPP (Escala Norton): Riesgo mínimo/No riesgo - 18

Test de Pfeiffer: Puntuación normal - 1

La valoración nutricional se ignoró en todas las intervenciones asociadas a la cura de heridas.

Con respecto a la prevención, en la historia de enfermería de la paciente consta un registro realizado en octubre de 2013 en el que consta textualmente: “se le explica a los cuidadores la

importancia que tienen los cambios posturales para la paciente y la evolución de sus úlceras como para prevenirlas”.

Valoración enfermera integral inicial

La primera atención enfermera que le prestamos, se limitó al cambio del apósito del pie^(Imágenes 2 y 3); a las 48 h. realizamos cambio del resto de apósitos y al día siguiente se formalizó la primera valoración integral.

Por medio de la entrevista a la cuidadora principal, ya que la paciente sufría deterioro cognitivo grave con imposibilidad de realizar el test de Pfeiffer, realizamos una breve anamnesis con la evolución del deterioro general que venía sufriendo desde el último mes. Se aplicaron las escalas recogidas en la GPCUPP Valenciana⁽¹⁾: Mini Nutritional Assessment (MNA)⁽¹⁰⁾ con resultado de desnutrición severa, Escalas Braden y Chaplin que revelaron un riesgo muy alto de ulceración y también se valoraron los patrones funcionales de salud.

Tras una revisión exhaustiva corporal de la paciente, registramos en la historia clínica todas las UPP con los parámetros de localización, categoría, dimensiones, tunelización – cavitación, signos de infección, exudado y características de la piel perilesional.

En un principio, la información registrada, nos llevó a diagnosticar que se trataba de una poliulceración^(Imágenes 1, 2 y 4) ya que el cómputo final fue de 16 UPP repartidas por todo el cuerpo.

Plan de cuidados

El plan de cuidados⁽¹¹⁾ se basó en las recomendaciones descritas en la GPC de la Comunidad Valenciana.

Se inició la EPS⁽¹²⁻¹³⁾ con una evaluación de los conocimientos de la cuidadora sobre prevención de UPP y movilización de la paciente. Requerimos todo el material de cura utilizado anteriormente y descubrimos la ausencia de ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO), superficie especial para el manejo de la presión (SEMP) y dispositivos para el manejo de la presión local (talonerías, almohadones para elevar zonas de riesgo, etc.)

Se entregó a la cuidadora principal una copia de la Guía de Práctica Clínica para cuidadores⁽¹⁴⁾. Se pautaron cambios posturales en rotación, así



Imagen 1.- UPP que evolucionan de categoría 1 a 4 tras 24 horas de evolución (desde eritema no blanqueable, tratado con AGHO y apósito de espuma para alivio de la presión).



Imagen 2.- Lesión del pie dolorosa y exudativa.



Imagen 3.- Aspecto del pie a los dos días de iniciar la descarga bacteriana con cadexómero iodado.



Imagen 4.- Situación higiénica y de cuidados familiares aceptable. Presencia de espasticidades y posturas defensivas.

como indicaciones para la higiene y la protección de zonas de riesgo con dispositivos de alivio de la presión y AGHO.

También se contactó con el servicio de Trabajo Social para la gestión de una SEMP acorde a las necesidades de la paciente.

Manejo de la cura local

Partimos de unos objetivos terapéuticos realistas de acuerdo con las posibilidades de curación, evitando en lo posible técnicas agresivas (como por ejemplo el desbridamiento cortante injustificado) y manteniendo limpias y protegidas las heridas para evitar así el desarrollo de infección.

La pauta terapéutica de las UPP siempre se establece priorizando el confort de la paciente; por lo tanto, deberemos seleccionar los apósitos adecuados que permitan distanciar la frecuencia de las curas para evitar el disconfort causado por estos procedimientos. Por otra parte, se intenta mejorar el bienestar de la paciente evitándole dolor e intentando controlar, si procede, el mal olor de las lesiones. Llegada la fase agónica, habrá que valorar la necesidad de realizar cambios posturales y de apósitos, en la paciente.

En este caso, utilizamos apósitos de cura en ambiente húmedo⁽¹⁵⁾ en función de las características^(Tabla 1) y necesidades^(Tabla 2) específicas de cada lesión.

Tabla 1.- Úlceras presentes y su abordaje

LOCALIZACIÓN	CATEGORÍA	DIMENSIONES	TRATAMIENTO
Escápula izquierda	Categoría 2	3 x 2 cm	Limpieza + colagenasa + apósito de espuma de poliuretano con silicona
Cresta ilíaca izquierda	Categoría 3	2 x 2 cm	Cadexómero yodado + apósito de espuma polimérica con matriz de hidrogel
Trocánter izquierdo	Categoría 3	2 cm. diámetro	Colagenasa + apósito de espuma polimérica con matriz de hidrogel
Sacro	Categoría 4	5 x 3 cm. Estrellada	Cadexómero yodado + espuma de poliuretano con silicona
Cresta ilíaca derecha	No estadiable. Posiblemente profunda	8 x 4 cm	Apósito de poliacrilato con solución Ringer Lactato + apósito de espuma de poliuretano con silicona + crema de óxido de zinc al 30%
Trocánter derecho	No estadiable profunda	5 x 3 cm	Apósito de poliacrilato con solución Ringer Lactato en placa + gasas + crema de óxido de zinc al 30%
Espina tibial	Categoría 2	< 1 cm	Colagenasa + espuma de poliuretano
Empeine y dedos del pie izquierdo	Categorías 1, 2, 3 y 4	9 x 5 cm (acra) < 1cm - dedos (sospecha de isquemia)	Cadexómero yodado + crema de óxido de zinc en zona acra. A las 48 horas se cambia por malla de silicona + malla de carbón activado con plata. En espacios interdigitales: espuma de poliuretano con silicona.
Maleolo externo izquierdo	Categoría 4	Diámetro: 2 x 1,5 cm	Cadexómero yodado + apósito de espuma de poliuretano con silicona
Talón pie izquierdo	Categoría 1	3 x 2 cm	Crema hidratante + apósito de espuma de poliuretano anatómico de talón
Talón pie derecho	No estadiable	5 x 4 cm	Talonería de espuma de poliuretano + AGHO
Rodilla izquierda	Categoría 2	2 x 3 cm	Colagenasa + apósito de espuma de poliuretano con silicona

Tabla 2.- Abordaje según situación de la herida

NECESIDADES DE LA HERIDA	TIPO DE APÓSITO
Mantener equilibrio bacteriano	Cadexómero yodado, espuma hidroalveolar de poliuretano con plata, alginatos con plata o malla de carbón activado con plata.
Exceso de humedad	Crema de barrera con zinc al 30% o producto barrera a base de silicona.
Desbridamiento	Hidrogel en placa, colagenasa, apósitos de poliacrilato con Ringer Lactato o espuma con malla de hidrogel.
Evitar la adherencia al lecho	Malla de silicona
Apósitos secundarios utilizados	Apósitos hidrocelulares adhesivos con silicona, taloneras hidrocelulares y gasas.

No consideramos preciso pormenorizar todas y cada una de las actuaciones sobre las distintas úlceras, ya que la finalidad no era la epitelización cutánea, sino aliviar el sufrimiento que generaban dichas lesiones.

El cambio de diagnóstico

La evolución súbita de categoría 1 a 4 en el espacio de 24-48 horas, junto a las características especiales⁽¹⁶⁾ que tenían las UPP que surgían en todas las prominencias óseas (decoloración de

la piel en la forma de pera, mariposa o de herradura; úlceras de bordes irregulares, de inicio repentino y progreso muy rápido que pueden confundirse inicialmente con abrasión o flictena; color que puede cambiar desde el púrpura, al rojo, amarillo e incluso azul o negro) nos llevó a investigar las causas.

En un principio sospechamos que el origen se debía a la ausencia de SEMP adecuadas, ya que se tardó 8 días en conseguir un colchón básico de viscoelástica y 13 una colchoneta con aire.



Imagen 5.- Evacuación de contenido purulento de lesión sacra.



Imagen 6.- Poliúlcera de evolución rápida y tórpida en prominencias óseas (úlceras Terminales de Kennedy).

La continua aparición de abscesos^(Imagen 5) tras 48 horas de evolución y el deterioro corporal generalizado^(Imagen 6), junto a la revisión bibliográfica, nos llevó cambiar el diagnóstico por el de Úlceras Terminales de Kennedy⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

El control del dolor

El manejo del dolor lo realizaba el médico especialista, con una pauta de analgésicos opioides en aplicación transcutánea, sin recurso de rescate en caso de necesidad.

Para aliviar el dolor intervinimos con las siguientes acciones: Desbridamiento enzimático y osmótico, reservando el cortante para evacuación de colecciones purulentas fluctuantes que a su vez podían ser origen de dolor y las escaras secas que producían una excesiva tirantez de la piel.

Limpieza rectal con extracción manual de fecalomas (maniobra que realizó en dos ocasiones más la cuidadora principal).

Protección de la piel perilesional, sobre la que se pegarían los apósitos, con silicona líquida, para lograr retirarlos sin dañar la piel.

Utilización de apósitos de cura en ambiente húmedo (CAH) antiadherentes, que respeten tanto el lecho de la herida como la epidermis perilesional.

El cambio de apósito y nueva cura se planifica en función del dolor que producía el procedimiento: al principio las menos dolorosas para acabar con la cura de la zona acra del pie que resultaba ser la más dolorosa.

Con este sistema conseguimos realizar las curas incluso mientras la paciente dormía y sin llegar a despertarla (antes, durante las curas, gritaba y estaba muy agitada).

La asistencia en la agonía

Informamos al familiar sobre el estado terminal de la paciente. Se le facilitó el duelo mentalizándola de la proximidad del exitus. Se aconsejó dejarla en sedestación para facilitar la respiración y estar las últimas horas más conectada con los suyos.

Al planteamiento familiar de trasladarla a un centro hospitalario se les informó de los inconvenientes que podía representar (traslado en ambulancia, largas esperas en urgencias, posible derivación a otro centro y fallecimiento en un entorno extraño) y se les ofreció un apoyo continuo a la cuidadora principal. Cinco horas después la paciente falleció en el domicilio y en compañía de sus familiares.

RESULTADOS DE LA ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA

Se cumplieron todos los objetivos previstos. El tránsito hasta el final de la vida lo realizó con el confort necesario. Las técnicas de desbridación empleadas, con el alivio de la tensión de la piel y la evacuación del pus de los abscesos, junto a la cura de la lesión de pie de manera incruenta, mitigaron el dolor y el olor.

Las molestias causadas por el estreñimiento que producían los opiáceos, se resolvieron con la extracción manual de los fecalomas.

El apoyo a la familia en la agonía le libró de fallecer en el trayecto o de pasar las últimas horas en la sala de urgencias de algún hospital. El tránsito final lo realizó junto a los suyos, sentada en un sillón y con expresión relajada.

Las alumnas aprendieron los registros básicos de las heridas y que, en ocasiones, el cierre de las heridas no es la prioridad. Pese al temor que les ocasionaba, se enfrentaron al proceso de apoyo al duelo como observadoras.

DISCUSIÓN

La etiopatogenia de las KTU no está clara; sin embargo, una hipótesis frecuente es que se deben a problemas de perfusión sanguínea agravados por el proceso de la muerte. La piel, como el corazón, los pulmones, los riñones o el hígado, es un órgano (el más grande del cuerpo) y a su vez, es el único externo; por tanto, en la fase terminal, también puede reflejar lo que está ocurriendo dentro del cuerpo humano. Existe la teoría de que cuando las personas se acercan al proceso de la muerte, sus órganos internos comienzan a disminuir su funcionamiento y entran en lo que se considera como un fallo multiorgánico; en esta fase todos los órganos empiezan a disminuir la velocidad de respuesta y dejan de funcionar eficientemente.

Este proceso puede cursar sin patología específica detectable; el único órgano que dará la voz de alarma será la piel que cubre las prominencias óseas, ya que nos mostrará el efecto nocivo de la presión en un espacio de tiempo mucho más corto; en estos casos, aún con un buen aporte nutricional, la frecuencia de cambios posturales cada dos horas (como patrón preventivo), puede resultar insuficiente y dañino para los tejidos superficiales⁽⁷⁻¹⁶⁻¹⁷⁾.

Que un paciente se encuentre en un estado terminal no significa que debemos abandonar el objetivo de evitar la aparición de UPP, o al menos no agravar las existentes; tendremos en cuenta que el confort es la mayor prioridad en pacientes en fase agónica, llegando éste a sustituir en importancia a la prevención y cuidado de las heridas, por lo que el tratamiento de las úlceras siempre se establecerá priorizando el confort⁽¹⁸⁾, por lo que en la agonía habrá que valorar la conveniencia de realizar cambios posturales en el paciente⁽¹⁹⁾.

La implicación de las alumnas en el plan de cuidados resultó fundamental para que comprendiesen la evolución de las UPP, al tiempo que aprendiesen a registrar los datos básicos en la historia. La importancia del caso les incentivó para buscar documentación que les ayudase en la comprensión de la evolución. El temor ante la muerte fue mitigado por la tutela efectiva que tuvieron durante todas sus actuaciones. El poder asistir a las últimas horas de existencia de la paciente les dotó de una experiencia que quizá, con el tiempo, les ayude a afrontar situaciones similares con mayor entereza.

La delegación de cuidados en los familiares es factible si se forma al cuidador y se establece un sistema de apoyo y seguimiento.

Las gestiones para obtener una SEMP adecuada⁽²⁰⁾ a sus necesidades fueron estériles por vía institucional, ya que el soporte logístico de la administración (sistema de préstamo), carecía de existencias o eran inadecuadas para el tipo de lesiones. La familia tuvo que constatar la ineficacia del sistema y asumir íntegramente el gasto, lo que sucedió el mismo día del fallecimiento.

Partiendo de la base de que el mejor cuidado de las UPP en atención primaria es la prevención, y que la estrategia actual de prestaciones sanitarias dicta que, siempre que sea factible, los cuidados paliativos deben administrarse en el domicilio del paciente⁽²¹⁻²²⁾, se deben solucionar ciertas carencias que entorpecen la calidad de los cuidados (la creación de un servicio institucional que gestione SEMP, adecuadas a cada factor de riesgo, debería ser una parte importante de la prevención de las UPP en la que debe implicarse la administración, dotando del material necesario para que la atención a los pacientes terminales sea de calidad⁽²⁰⁾. Con toda probabilidad el desenlace hubiese sido similar, aunque sin tantas lesiones y, quizá, menos doloroso.

Una de las actuaciones que podría ser discutida, es la utilización del desbridamiento cortante para la eliminación de las escaras necróticas; en el caso de la zona acra del pie se demostró ineficaz y casi contraproducente, ya que al estar la paciente anticoagulada, la retirada de los apósitos de alginato, producían hemorragias; quizás lo más correcto, aunque nunca estuvo diagnosticada la etiología isquémica de las lesiones, hubiese pasado por iniciar un proceso de momificación⁽²³⁾ con povidona yodada (en los últimos días, la ne-

crosis de todos los dedos orientaba a un posible origen arterial).

CONCLUSIONES

En atención primaria, la implicación de las alumnas en los cuidados paliativos, es una práctica de primer orden, ya que pueden aplicar los conocimientos teóricos adquiridos en situaciones reales.

El registro de datos en la historia informatizada debe ser una prioridad, ya que facilitan la tarea de los distintos profesionales que tratan las lesiones y a la larga, facilitan la investigación enfermera.

La pauta terapéutica de las UPP siempre se establecerá priorizando el confort del paciente; por lo tanto, deberemos seleccionar los apósitos adecuados, mediante el uso de GPC de UPP actualizadas, que permitan distanciar la frecuencia de las curas para evitar el disconfort causado por estos procedimientos. En la fase agónica será obligatorio valorar la necesidad de realizar cambios posturales en el paciente.

La aparición de úlceras terminales de Kennedy en un paciente en tratamiento paliativo, augu-

ra un final próximo. Tratar dichas lesiones con la vaga ilusión de curarlas es proyectar falsas expectativas sobre la familia, ya que los únicos objetivos plausibles son aliviar el dolor, el olor y la presión⁽²⁴⁾, mantener las heridas en buenas condiciones, evitar el encarnizamiento terapéutico⁽²⁵⁾ y preparar a la familia en el tránsito hacia el final de la vida.

AGRADECIMIENTOS

A Pablo García Molina, por sacarme del laberinto en el que me había perdido.

A Vicente Queralt Beltrán por las gratificantes sugerencias metodológicas.

A M^a Ángeles Fernández, Amelia Bran e Imane Mazouri, por volcar todo su interés en el taller y en el seguimiento del caso.

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. Avilés-Martínez MJ, Sánchez-Lorente MM, et al. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2012. [Consultado el 30/11/2013]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_520_Ulceras_por_presion_compl.pdf
2. Pérez-Zavala R, Rodríguez-Velazco D, Escobar-Rodríguez A. Frecuencia de úlceras por presión en el paciente lesionado medular, su correlación con el nivel neurológico y escala de ASIA. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*. 2007; 19: 16-23 [Consultado el 9/12/2013]. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2007/mf071d.pdf>
3. Yastrub DJ. Pressure or pathology: Distinguishing pressure ulcers from the Kennedy Terminal Ulcer. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nurses*. 2010. [Consultado el 2/12/2013]. Disponible en: <http://www.kennedyterminalulcer.com/>
4. Reifsnyder J, Magee HS. Development of pressure ulcers in patients receiving home hospice care. *Wounds*. 2005; 17:74-9. [Consultado el 9/12/2013]. Disponible en <http://www.woundsresearch.com/article/3948>
5. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Vitoria-Gasteiz: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2008. [Consultado el 10/12/2013]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_428_Paliativos_Osteba_compl.pdf
6. Kennedy KL. The prevalence of pressure ulcers in an intermediate care facility. *Decubitus*. 1989;2(2): 44-45. [Consultado el 19/12/2013]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Kennedy%20KL%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=2787655
7. Brown S, Beel SA. Are all pressure ulcers preventable? Kennedy Terminal Ulcers (KTUs) versus Pressure Ulcers. [Consultado el 7/12/2013]. Disponible en: [http://www.virtualhospice.ca/Assets/Kennedy%20Terminal%20UlcersPP%20\(2\)_20120229122005.pdf](http://www.virtualhospice.ca/Assets/Kennedy%20Terminal%20UlcersPP%20(2)_20120229122005.pdf)
8. Soldevilla J. Enfermedad terminal y vejez. En: *Envejecimiento y Sociedad: una perspectiva pluridisciplinar*. Universidad de la Rioja; 2004. p. 179-206. [Consultado el 9/12/2013]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/libro/4783.pdf>
9. Sánchez-García O, Domínguez-Rodríguez MC. Plan de Cuidados para el paciente en situación de agonía en atención primaria. *ENE, Revista de Enfermería*. 2010; 4(2):71-82. [Consultado el 15/12/2013]. Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/134>

10. De-La-Montana-Miguel J, Areal-Salve C, Miguez-Bernardez M. Evaluación del riesgo nutricional mediante el MNA en una población anciana no institucionalizada. ALAN [online]. 2009; 59(4): 390-395. [Consultado el 25/12/2013]. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/alan/v59n4/art06.pdf>
11. Sánchez-Lorente MM (Coord). Guía de Práctica Clínica de Enfermería: Prevención y tratamiento de úlceras por presión y otras heridas crónicas. Generalitat valenciana; 2008. [Consultada el 17/12/2013]. Disponible en: <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.3305-2008.pdf>
12. Pérez-Jarauta MJ, Echauri-Ozcoidi M, Ancizulrure E, Chocarro-San Martín J. Manual de Educación para la Salud; 2006. [Consultado el 9/12/2012]. Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/049B3858-F993-4B2F-9E33-2002E652EBA2/194026/MANUALdeeducacionparalasalud.pdf>
13. Galindo-Becerra ME, et al. Grupo de trabajo en la elaboración del "Lineamiento de planes de Cuidados de Enfermería". Secretaría de Salud; 2011. [Consultado el 20/12/2013]. Disponible en: <http://comlepuebla.mex.tl/imagesnew2/0/0/0/1/0/5/9/9/7/2/PLACE.pdf>
14. Avilés-Martínez MJ, Sánchez-Lorente MM, et. Al. Guía para personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas y sus cuidadores. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2012. [Consultada el 9/12/2013]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_520_Ulceras_por_presion_paciente.pdf
15. European Wound Management Association (EWMA). Position Document: Wound Bed Preparation in Practice. London; 2004. [Consultado el 12/11/13]. Disponible en: http://ewma.org/fileadmin/user_upload/EWMA/pdf/Position_Documents/2004/pos_doc_English_final_04.pdf
16. Kennedy Terminal Ulcer; 2011. [Consultado el 7/12/2013] Disponible en: <http://www.kennedyterminalulcer.com/>
17. Guy H. Pressure ulcer risk assessment: Early detection and preventive action are vital to reduce avoidable pressure ulcers. Nursing Times. Ene 2012; 108(4). [Consultado el 6/12/2013]. Disponible en: <http://www.nursingtimes.net/Journals/2012/01/19/iq/p/210124-Disc-guy.pdf>
18. Brennan MR, Trombley K. Kennedy Terminal Ulcers - a Palliative Care Unit's Experience over a 12-month Period of Time. World Council of Enterostomal Therapists Journal. Jul-Sep 2010; 30(3): 20-22. [Consultado el 8/12/2013]. Disponible en: <http://search.informit.com.au/documentSummary;dn=387809012410937;res=IELHEA>
19. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Directrices Generales sobre Tratamiento de las Úlceras por Presión. Logroño; 2003. [Consultado el 30/11/2013]. Disponible en: <http://gneaupp.info/directrices-generales-sobre-el-tratamiento-de-las-ulceras-por-presion/>
20. Montoya-Carralero MD, Ríos-Díaz J, Martínez-Fuentes J. Prevención de las úlceras por presión en pacientes terminales e inmovilizados seguidos por el equipo de soporte de atención domiciliaria 2007 RevEspGeriatr Gerontol.;42 (5):263-70. [Consultado el 8/01/2014]. Disponible en <http://zl.elsevier.es/es/revista/revista-espanola-geriatria-gerontologia-124/prevencion-las-ulceras-presion-pacientes-terminales-e-13110061-originales-2007?bd=1>
21. Comisión para el Desarrollo de la Atención Enfermera en el Servicio Andaluz de Salud, Estrategias de mejora de la atención domiciliaria en Andalucía; 2002 (revisado en 2004). [Consultado el 18/12/2013]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/Estrat_MejoraAtDomiciliaria.pdf
22. Higginson IJ, Finlay IG, Hood K, Edwards AG, Cook A, Douglas HR, Normand CE. Is there evidence that palliative care teams alter end-of-life experiences of patients and their caregivers? Feb 2003;25(2):150-68 [Consultado el 19/12/2013]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12590031>
23. Vera-Canudas A, Sánchez-Monforte M, Morales-Pérez C, et al. Técnica de momificación para casos de necrosis irreversible. Metas de Enfermería. 2010; 13(8): 16-19. [Consultado el 1/1/2014]. Disponible en: <https://medes.com/publication/62142>
24. Laat EH, Scholte WJ, Achterberg T. Pressure ulcers: diagnostics and interventions aimed at wound-related. Journal of Clinical Nursing. 2005; 14: 464-472. [Consultado el 4/01/2014]. Disponible en: <http://bmhlibrary.info/15807753.pdf>
25. Leyva-Moral JM. Úlceras por presión y la ética del cuidado: a propósito de un caso. RevSocMedQuirHospEmergPerez de Leon. 2007; 38 (Suppl 1): 8-11. [Consultado el 7/01/2014]. Disponible en: http://www.geocities.ws/rsmqhpl/38_s1_8.pdf

UN NUEVO MODELO TEÓRICO PARA EL DESARROLLO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN Y OTRAS LESIONES RELACIONADAS CON LA DEPENDENCIA, de Francisco Pedro García-Fernández y Col⁽¹⁾

Autor de la reseña: José María Rumbo Prieto.

Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

Contacto: jmrumbo@gmail.com

TRADUCCIÓN DEL RESUMEN ORIGINAL (1)

Objetivo: Revisar los factores de riesgo incluidos en las escalas de valoración de riesgo de úlceras por presión y diseñar un modelo teórico para identificar los factores etiológicos de úlceras cutáneas, excluyendo las de origen sistémico (por ejemplo: venosa, arterial y neuropáticas).

Métodos: Estudio de consenso por grupo de expertos (Método Delphi) basado en una revisión estructurada de la literatura. Se realizó una búsqueda en las principales bases de datos entre 1962 y 2009, sin limitación del idioma. Se incluyeron todos los estudios descriptivos y de validación, pero se excluyó la literatura gris. Después de identificar los factores de riesgo en cada escala, se agruparon en dimensiones de riesgo como base para construir un nuevo modelo teórico.

Resultados: Se identificaron 83 factores de riesgo tras la revisión de 56 escalas, siendo clasificados por el grupo de expertos en 23 dimensiones de riesgo. Estas dimensiones fueron utilizadas en la construcción de un nuevo modelo teórico (clasificación intermedia) para el desarrollo de heridas crónicas que explica el mecanismo de producción a través de siete tipos de lesión: por humedad, por presión, por fricción, por combinación de presión-humedad, por combinación de presión-fricción, por factores multifactoriales y por factores coadyuvantes. Estas lesiones generalmente estaban siendo catalogadas como lesiones asociadas a la dependencia.

Conclusiones: En base a la clasificación de los factores de riesgo de las diferentes escalas en dimensiones de riesgo, se desarrolló una teoría intermedia que explica el mecanismo de produc-

ción de siete lesiones asociadas a la dependencia que hasta ahora eran consideradas como úlceras por presión.

Relevancia clínica: La prevención y el tratamiento de este tipo de lesiones requiere de un diagnóstico correcto, la diferenciación de su causa y la gestión de la magnitud del riesgo que conllevan. El tipo de lesión también influye en la selección del enfoque a nivel local.

COMENTARIO DEL ARTÍCULO

Este novedoso artículo publicado recientemente por Francisco Pedro García-Fernández et al, en el *Journal of Nursing Scholarship*⁽¹⁾; pone de relieve la importancia de contar con una clasificación de úlceras, así como escalas de valoración del riesgo, basadas en factores predictivos específicos, que permitan identificar las diversas causas de las úlceras y diferenciar las que se originan por presión (UPP), de otros tipos de lesiones crónicas asociadas al estado de dependencia o inmovilidad que sufre el paciente encamado (humedad, presión, fricción, cizalla,...).

La relevancia de este estudio de investigación radica en la exposición y desarrollo de un nuevo modelo teórico que permite diferenciar las úlceras cuya etiología es la presión mantenida en el tiempo, de las que se originan por fuerzas de fricción, cizalla o por la presencia mantenida de humedad (o la combinación entre ellas); por lo que se plantea una línea de investigación y un novedoso aporte para el conocimiento y la práctica clínica en el campo del deterioro de la integridad cutánea, úlceras y heridas crónicas.

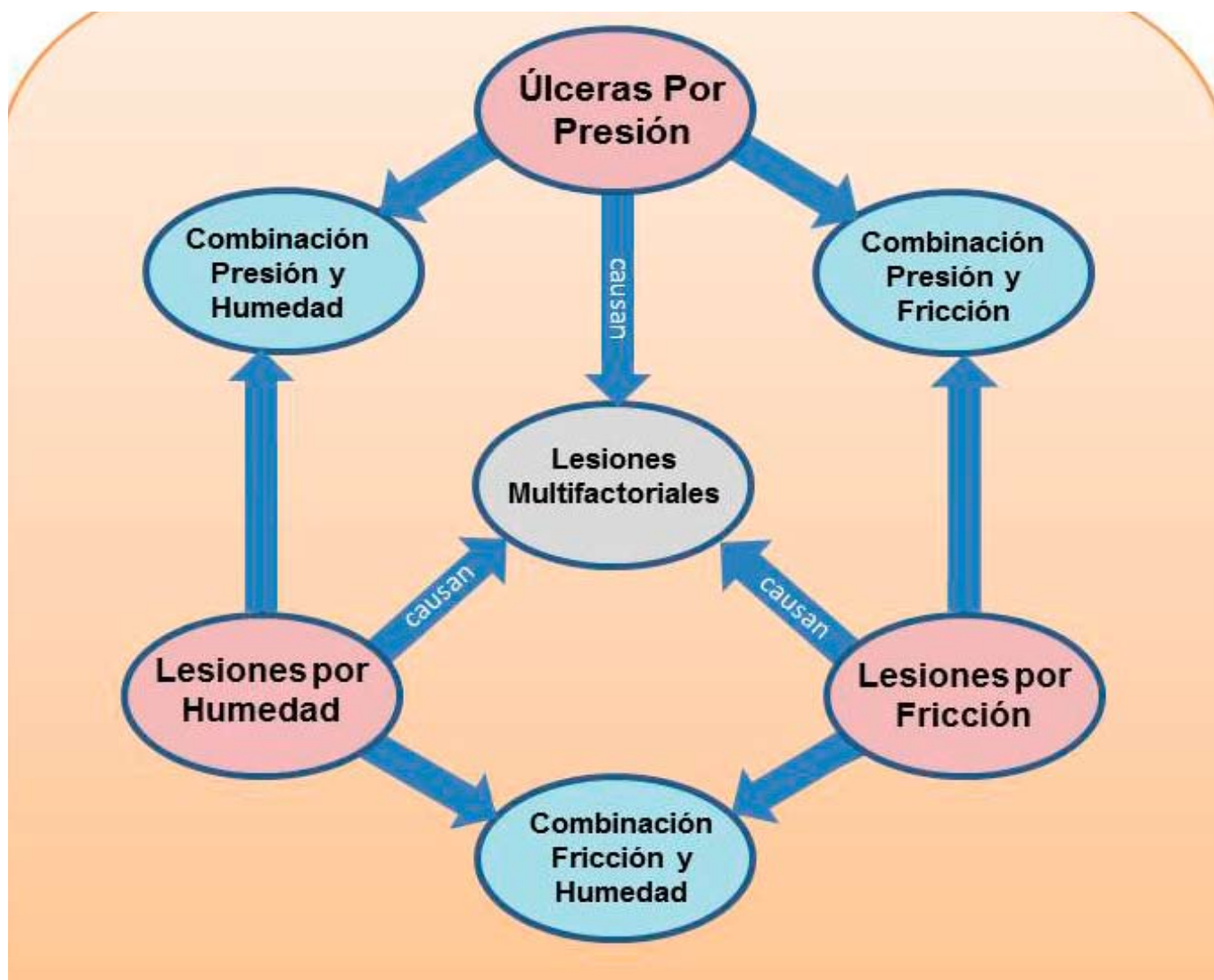


Figura 1: Modelo representativo de las relaciones de dependencia que se dan entre las lesiones identificadas con el nuevo modelo teórico de García-Fernández FP y cols.

Ésta propuesta de modificación de la clasificación de úlceras es fruto de varios años de investigación y del análisis de 56 escalas y 83 factores predictivos de riesgo, que dio lugar a poder hablar de 23 dimensiones y siete factores de riesgo esenciales (4 considerados críticos: movilidad, nutrición, incontinencia y actividad y 3 clasificados como principales: edad, estado mental y apariencia/estado de la piel), siendo ésta, la base teórica que explica el mecanismo de producción de los siete tipos de lesiones crónicas (Figura 1) que suelen aparecer en los pacientes con algún tipo de dependencia y que hasta ahora eran consideradas como UPP.

Gracias a este nuevo modelo de clasificación, podemos entender el porqué algunos pacientes, que están sometidos a fuerzas de presión, desarrollan UPP y sin embargo otros, desarrollan otro

tipo de lesiones crónicas que aún compartiendo en parte el mismo origen (presión), no se pueden considerar UPP, ya que se manifiestan de distinta forma (hacia fuera, hacia adentro o con afectación exclusivamente superficial), o se inician en localizaciones inusuales para las UPP (glúteos, muslos...), o que incluso responden de forma diferente a las pautas de tratamiento habituales.

Los autores concluyen afirmando que todas estas lesiones aparecen en pacientes que presentan algún tipo de dependencia, desligándose por tanto, de la edad o del estado de salud. Además, a pesar de que estas lesiones aparecen generalmente al realizar cambios posturales de manera inadecuada, o en pacientes incontinentes, también pueden aparecer en niños o en pacientes de riesgo que no hayan sido valorados adecuadamente, por lo que a su vez, puedan es-

tar recibiendo tratamientos preventivos o curativos erróneos o insuficientes, no ajustados a sus necesidades específicas.

Destacar que las líneas precursoras de este estudio de Francisco Pedro García-Fernández, Javier Soldevilla-Agreda, José Verdú-Soriano y Pedro Luis Pancorbo-Hidalgo, que han dado lugar al planteamiento definitivo de este nuevo modelo teórico-conceptual, que surge de las investigaciones desarrolladas a raíz de la tesis doctoral del Dr. García Fernández y que también han sido reflejadas en otros trabajos de investigación⁽²⁻⁴⁾ de los autores. De forma complementaria, han conseguido establecer puentes de unión con hallazgos científicos de otros investigadores⁽⁵⁾, así como avalar la hipótesis de esta línea de investigación⁽⁶⁾; consecuencia de ello es que desde el Grupo Nacional para el Estudio y Aseso-

ramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP), han procedido a actualizar el documento de posicionamiento nº II de GNEAUPP: "Clasificación - Estadaje de las Úlceras por Presión", planteando un nuevo Documento Técnico II: Clasificación-Categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia⁽⁷⁾, que incluye recomendaciones para otros investigadores, además de propuestas de abordaje en función de la clasificación mencionada.

Del mismo modo, ha condicionado la actualización del Documento de Posicionamiento nº I de GNEAUPP: "Directrices Generales sobre Prevención de las Úlceras por Presión", al Documento Técnico I: Prevención de las úlceras por presión, en el que se actualizan diversas recomendaciones para la práctica clínica⁽⁸⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. García-Fernández FP, Soldevilla-Agreda JJ, Verdú J, Pancorbo-Hidalgo PL. A New Theoretical Model for the Development of Pressure Ulcers and Other Dependence-Related Lesions. *J Nurs Scholarsh*. 2014; 46(1): 28-38. doi: 10.1111/jnu.12051. [Access 14/06/2014]. Available at: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jnu.12051/pdf>
2. García-Fernández FP. Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. Revisión sistemática con meta-análisis. [Tesis doctoral]. Universidad de Jaén; 2011. [acceso 14/06/2014]. Disponible en: http://www.sobende.org.br/pdf/Escalas_RiesgoUPP_PacoPedro.pdf
3. García-Fernández FP, Pancorbo-Hidalgo PL, Soldevilla-Agreda JJ. Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión en la infancia. *Gerokomos* [online]. 2011; 22(1): 26-34. [acceso 14/06/2014]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v22n1/helcos1.pdf>
4. García-Fernández FP, Pancorbo-Hidalgo PL, Soldevilla-Agreda JJ. Eficacia clínica del uso de las escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión (UPP). Revisión de la literatura. *Revista Chilena de Heridas y Ostomias*. 2013; 4(4): 14-26. [acceso 14/06/2014]. Disponible en: <http://www.inheridas.cl/PHP/docgestorgal.php?ref=70>
5. Palomar-Llatas F, Fornés-Pujalte B, Arantón-Areosa L, Rumbo-Prieto JM. Diferenciación de las úlceras en pacientes encamados y con enfermedades crónicas. Influencia de la humedad, fricción, cizalla y presión. *Enferm Dermatol* [on-line]. 2013; 7(18-19): 14-25. [acceso 14/06/2014]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4529907.pdf>
6. García-Fernández FP, Pancorbo-Hidalgo PL, Soldevilla-Agreda JJ. Predictive Capacity of Risk Assessment Scales and Clinical Judgment for Pressure Ulcers: A Meta-analysis. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2014; 41(1):24-34. doi: 10.1097/01.WON.0000438014.90734.a2.
7. García-Fernández FP, Soldevilla-Agreda JJ, Pancorbo-Hidalgo PL, Verdú-Soriano J, López-casanova P, Rodríguez-Palma M. Clasificación-Categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia. Documento técnico GNEAUPP nº II. (2º Ed). Logroño: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas; 2014. [acceso 14/06/2014]. Disponible en: <http://gneaupp.info/clasificacion-categorizacion-de-las-lesiones-relacionadas-con-la-dependencia-2/>
8. García-Fernández FP, Soldevilla-Agreda JJ, Pancorbo-Hidalgo PL, Verdú-Soriano J, López-Casanova P, Rodríguez-Palma M. Prevención de las úlceras por presión. Documento técnico nº I. (2ª Ed). Logroño: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas; 2014. [acceso 14/06/2014]. Disponible en: <http://gneaupp.info/documento-prevencion-de-las-ulceras-por-presion/>

Prescribir Links y Apps para empoderar a los pacientes

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

Querid@s compañer@s y amig@s de ANEDIDIC,

Ya hemos hablado en esta sección de la importancia y ventajas del acceso rápido a gran cantidad de información sanitaria que proporciona la Web, tanto para profesionales, como para pacientes; del mismo modo hemos resaltado también los enormes peligros que puede entrañar que se considere válida toda esa información, sin cuestionarse al menos su fiabilidad.

Si esto es importante para los profesionales de la salud, cobra todavía mayor importancia cuando quién busca esa información son pacientes, porque posiblemente no van a disponer de conocimientos y criterios suficientes para poder cuestionarse la validez de esa información encontrada o para hacer una lectura crítica de la misma y en consecuencia discernir que fuentes o que información son realmente de fiar.

Es de sobra conocido además, que cada vez más, los pacientes buscan información clínica en la red de una manera activa, tanto para profundizar en sus problemas de salud o patologías, como incluso para cuestionar tratamientos o recomendaciones de profesionales. Este tipo de paciente supone un reto en sí mismo, ya que si bien este papel activo debe considerarse positivo **“Paciente Empoderado”**, también entraña un importante riesgo potencial de basar su actitud, en información sin base científica o que pudiera ser incluso fraudulenta.

El término **“Paciente Empoderado”** ha ido asentándose en los últimos tiempos a causa del avance de las tecnologías de la información y al uso generalizado de dispositivos electrónicos como smartphones, tablets, u otros, con conexión a Internet en tiempo real, combinado con la creciente preocupación de la sociedad, por la salud.

Estos pacientes, son parte activa e imprescindible del proceso clínico, con un protagonismo creciente (tienen poder) en la toma de decisiones; no se limitan a recibir un diagnóstico, un tratamiento y unas recomendaciones, sino que toman parte activa durante todo el proceso asistencial, informándose, buscando y cuestionando alternativas, adelantándose a la posible evolución del proceso clínico y tomando de-

cisiones en base a todo ello, llegando incluso a monitorizarse a sí mismos, con numerosas aplicaciones móviles de salud (Apps).

El paciente empoderado es un paciente preocupado de mejorar su situación, interactúa con otras personas que padecen dolencias similares, consulta foros y blogs de profesionales sanitarios, participa activamente en comunidades digitales, e incluso contacta por esta vía con profesionales especializados en algún ámbito concreto.

Este papel activo del paciente, suele promover hábitos saludables y una mayor adhesión al tratamiento; asumiendo mejor la enfermedad, conociendo y entendiendo mejor la necesidad de seguir las pautas clínicas y de mantener una actitud positiva que redundará en un mejor control del problema, pero sobre todo mejorando su bienestar.

Facilitar que el paciente asuma este papel activo, puede ser clave en el tratamiento de muchas afecciones, sobre todo cuando nos enfrentamos a patologías crónicas.

El paciente empoderado tiene mayor capacidad para analizar y decidir, para hacer frente a problemas que puedan ir surgiendo, aplicando esos conocimientos adquiridos; pero para ello, necesita disponer de información adecuada y fiable, que le asegure un verdadero conocimiento de la situación; lo que podríamos denominar: PACIENTE BIEN INFORMADO.

Es precisamente en este punto, donde de nuevo entra la responsabilidad de los profesionales sanitarios, que no solo hemos de informar y plantear opciones terapéuticas, sino que, sabiendo que el paciente va a ir a consultar en internet, deberíamos contribuir a que esa consulta de información sea adecuada, fiable y libre de sesgos, para que contribuya realmente a mejorar su conocimiento.

Por eso, cada vez es más frecuente ver a profesionales que recomiendan webs o aplicaciones móviles (recetan links o Apps).

En este caso vamos a centrarnos en la prescripción de links (recetar Webs) que entendemos pueden contribuir a este empoderamiento de los pacientes,

centrándonos por una parte en el deterioro de la integridad cutánea, y por otra desde una perspectiva sanitaria más general.

Uno de los criterios de calidad más importantes a tener en cuenta a la hora de valorar la fiabilidad y seguridad de la información de las páginas Web, es su procedencia; el hecho de que esté avalada por una entidad científica profesional reconocida, es un buen argumento de fiabilidad (suelen disponer de comités científicos o de filtros de revisión que apoyan su validez); por el contrario, las páginas web donde aparecen colgados apuntes, por muy atractivo que sea su formato, no ofrecen garantías de autoría, ni de revisión, por lo que su calidad y fiabilidad debería ser cuestionada.

Como explicábamos en el artículo “Criterios de fiabilidad de la Información”, (Derm@red 2008) <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4610141>, publicado en el nº 3 de nuestra revista, debe valorarse:

Que la información sea elaborada por profesionales de reconocido prestigio, por grupos de expertos acreditados (asociaciones profesionales, organismos oficiales, revistas científicas, grupos de profesionales, centros de investigación, sociedades científicas, colegios profesionales...) o por otros profesionales independientes (debe indicar nombre, profesión y forma de contacto de los autores).

Si se trata de revistas científicas, editoriales, asociaciones u organismos que también publican la información en formato papel (revistas, circulares...), se valorará si esa información está avalada o no, por los diversos comités científicos de cada una de ellas; si es así, tendría las mismas garantías que la publicación en papel.

Dentro de la categoría “Páginas Web”, destaremos:

Web de ANEDIDIC, Asociación Nacional de Enfermería Dermatológica e Investigación del Deterioro de la Integridad Cutánea, asociación de profesionales dedi-



Imagen 1.- Acceso a la Revista Enfermería Dermatológica <http://www.anedidic.com/revista>

cada al estudio e investigación de los problemas que afectan a la piel del ser humano en todas sus variables (<http://www.anedidic.com>); desde la que están disponibles, de forma gratuita y a texto completo, todos los artículos publicados en la **Revista Enfermería Dermatológica**, (Imagen 1) <http://www.anedidic.com/revista>, así como diversa información relacionada con el deterioro de la integridad cutánea. Además, también están disponibles los enlaces a nuestro **Facebook** (<https://www.facebook.com/RevistaEnfermeriaDermatologicaAnedidic>) y nuestro **Twitter** (<https://twitter.com/anedidic>), que ofrecen la posibilidad de interactuar con pacientes y profesionales.

Web de GNEAUPP, Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (Imagen 2), <http://gneaupp.info/> grupo interdisciplinar que surge por la necesidad de dimensionar el problema real de la úlceras por presión y otras heridas crónicas, para tratar de concienciar a profesionales y a la sociedad sobre este gran problema. Esta Web se ha ido convirtiendo progresivamente desde 1994 en una de las referencias científicas obligadas sobre úlceras por presión y heridas crónicas; poniendo a nuestra disposición una importante y muy relevante cantidad de información, tanto de elaboración propia como procedente de consensos internacionales, que incluye Documentos de Posicionamiento, Documentos de Consenso, Manuales de actuación, Guías de Práctica Clínica, Tesis, Artículos, videos, etc; además proporciona acceso a la revista Gerokomos, que lleva unos 25 años difundiendo conocimiento científico de las áreas de geriatría, gerontología y cuidado de las heridas crónicas.

Imprescindible resaltar la campaña de sensibilización, **“Stop a las Úlceras”**, con multitud de adhesiones personales e institucionales (nacionales e internacionales), que buscan aportar visibilidad al enorme problema que suponen las úlceras por presión (<http://gneaupp.info/seccion/campaigns/stop-a-las-upp/>) para tratar de conseguir acabar con esta lacra.

La Web **Úlceras.net** (Imagen 3), <http://www.ulceras.net/> conforma un espacio divulgativo para profesionales de la salud, con acceso a referencias bibliográficas, documentos científicos, guías, manuales, casos clínicos, artículos, imágenes, y videos, destacando a su vez la posibilidad de aclarar dudas o pedir consejo, desde la sección: **“Consulta al experto”** (Imagen 4). Además de la interesante sección de Monografías, es importante destacar el completo y detallado catálogo de productos disponible para profesionales.



Imagen 2.- **GNEAUPP** <http://gneaupp.info/>



Imagen 3.- **Úlceras.net** <http://www.ulceras.net/>



Imagen 4.- **Úlceras.net: “Consulta al experto”**

La **AEEVH** (Imagen 5) <http://www.aeev.net/>, Asociación Española de Enfermería Vasculare y Heridas, está conformada por un grupo de profesionales de Enfermería, que promueven la mejora de los cuidados de enfermería de las personas con enfermedad vascular, desde la promoción de la educación para la salud y la prevención de la enfermedad vascular, apoyando la investigación en este ámbito. Destacar que tanto la sección para profesionales, como la específicamente dirigida a pacientes, están claramente diferenciadas. De la primera destacaríamos el acceso a texto completo a la **“Guía de práctica clínica: Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético”**; de la sección de pacientes, resaltar las secciones de educación sanitaria en varices y pie diabético.



Imagen 5.- AEEVH <http://www.aeev.net/>

Salupedia, (Imagen 6) <http://www.salupedia.org/>, proyecto colaborativo que recoge, clasifica y ofrece gratuitamente, la información más relevante dirigida a ciudadanos y pacientes, recomendada y avalada por profesionales de la Salud.



Imagen 6.- Salupedia, <http://www.salupedia.org/>

GuiaSalud. Información para pacientes y ciudadanos (Imagen 7) (<http://portal.guiasalud.es/web/guest/recursos-pacientes>), en el que desde el portal de la Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de de Salud, nos ofrecen una selección de recursos para información e implicación de los ciudadanos en aspectos relacionados con la salud, así como enlaces de interés.



Imagen 7.- GuiaSalud. Información para pacientes y ciudadanos <http://portal.guiasalud.es/web/guest/recursos-pacientes>

Dentro de la categoría “Blogs”, destaremos:

La Factoría Cuidando (Imagen 8) <http://www.lafactoriacuidando.com/> que como tal factoría a la que alude, incluye varias iniciativas de Serafín Fernández y Antonio J Ramos, como son el blog **Cuidando.es** (<http://www.cuidando.es/>), uno de los blogs referentes desde el año 2010 en que comenzó su andadura; el blog **Cuidando.org** (<http://www.cuidando.org/inicio/>) planteado como espacio de recursos de salud fiables y validados por profesionales, dirigidos al ciudadano.

Además promueven y participan en diversas e interesantes iniciativas como **24H24P**, proyecto centrado en promover la visibilidad de los cuidados de enfermería (<http://www.cuidando.es/visibilidad-de-los-cuidados-de-enfermeria/>), o la iniciativa **Diferénciate** (<http://www.diferenciate.org/>) en pro de la humanización de la asistencia sanitaria centrada en el paciente, promoviendo técnicas y herramientas tan eficaces como la empatía, la cercanía, la comunicación y la mirada. Además incluye **#3esalud** (<http://www.enfermeriajaen.com/3esalud/>), Jornadas Científicas Internacio-



Imagen 8.- **La Factoría Cuidando**
<http://www.lafactoriacuidando.com/>

nales dirigidas a profesionales de la salud, que organizan anual y conjuntamente con el Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; un buscador de Jornadas y Congresos sanitarios **Congresosdesalud.com** (<http://www.congresosdesalud.com/>) y una página Web (en colaboración con GNEAUPP) dirigida a la población general, con el objetivo de facilitar recursos online para aprender a cuidar las heridas **Cuidadosdelasheridas.com** (<http://www.cuidadosdelasheridas.com/>)

El Blog de Rosa (Imagen 9) <http://www.elblogderosa.es/> (premio al mejor blog para pacientes en 2012), desde el que la enfermera Rosa Pérez elabora y difunde videos sobre diversos aspectos relacionados con la salud y los cuidados.

En cuanto a la categoría de “App”, destacaremos:

Distintivo AppSaludable iniciativa de la agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía que ha creado este sello, para reconocer y garantizar la calidad y seguridad de las Apps de salud (distintivo gratuito y abierto),

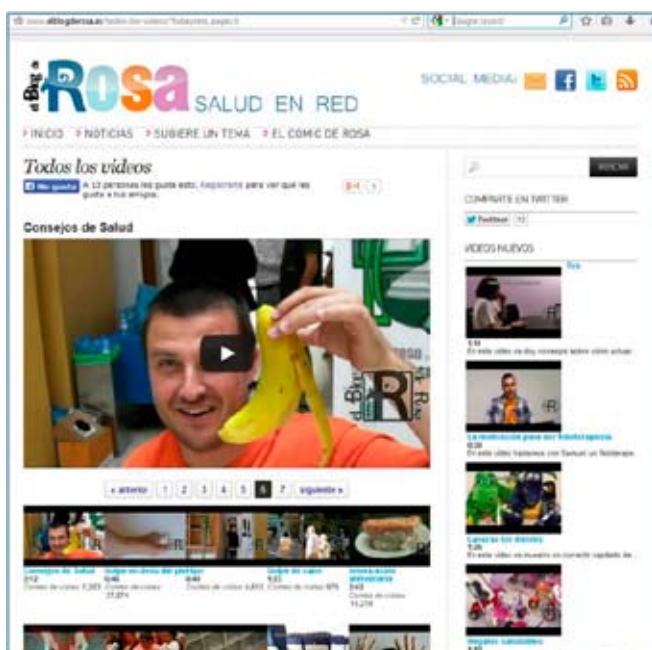


Imagen 9.- **El Blog de Rosa** <http://www.elblogderosa.es/>

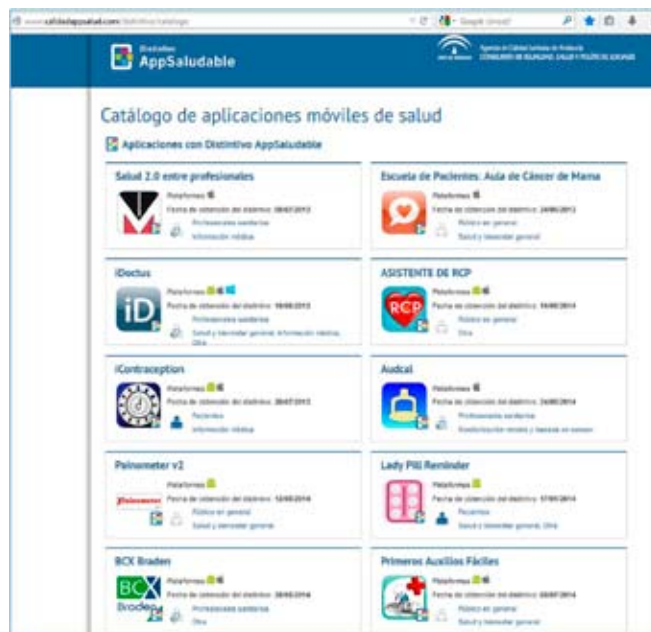


Imagen 10.- **Catálogo de Aplicaciones móviles de salud**
<http://www.calidadappsalud.com/distintivo/catalogo>

agrupándolas en un **Catálogo de Aplicaciones móviles de salud** (Imagen 10), que incluye además las que están en evaluación (<http://www.calidadappsalud.com/distintivo/catalogo>).

Aplicaciones de salud (Imagen 11) del **Observatorio para la Seguridad del Paciente**, también iniciativa de la agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, que trata de difundir el conocimiento generado por los profesionales para proporcionar cuidados cada vez más seguros y que incluye un espacio donde recomienda App que pueden contribuir a una mejora real en seguridad de los pacientes <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/opencms/es/apps-salud/index.html>.

Para finalizar, y como reflexión, me gustaría recomendar la lectura de la editorial de la Revista Evidentia: **“Prescripción de links y de aplicaciones móviles fiables y seguras, ¿estamos preparados para este nuevo reto?”**, publicada en 2013 por Serafín Fernández y Antonio J. Ramos* en la que analizan la situación y realizan propuestas concretas para evitar la **“infoxicación”** (“exceso de información, que lejos de ayudar, puede confundir al ciudadano pudiendo provocar una intoxicación informativa”), porque como bien explican *“La prescripción de páginas Webs o de Apps sobre salud fiables, exige de ciertos conocimientos y actitudes”*.

Desde ANEDIDIC, mantenemos el compromiso con nuestros socios, en el empeño de tratar de contribuir a mejorar la visibilidad de los cuidados de enfermería (especialmente en el campo dermatológico y de los cuidados de la piel y las heridas), así como en difundir el conocimiento derivado de la investigación clínica.



Imagen 11.- **Aplicaciones de salud del Observatorio (Seguridad del Paciente)**

<http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/opencms/es/apps-salud/index.html> .

Como siempre, agradeceremos vuestra atención y pedidos que nos hagáis llegar sugerencias sobre aquellos contenidos que os gustaría se abordasen en Derm@red, a la dirección: luaranton@gmail.com.

Gracias por estar ahí.

* 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/ev420>



Figura 1.- Guía de Práctica Clínica

“GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL CUIDADO DE PERSONAS CON ÚLCERAS POR PRESIÓN O RIESGO DE PADECERLAS”.

M^a José Avilés Martínez, M^a Montserrat Sánchez Lorente (Coordinación). Edita: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Año: 2012. Págs: 271.

Autor del comentario: Ignacio Couselo Fernández. Enfermero.

EIR 2º año de Enfermería Familiar y Comunitaria Xerencia de Xestió Integrada de Ferrol

Contacto: Ignacio.Couselo.Fernandez@sergas.es

Fecha de recepción: 10 / 04 / 2014
Fecha de aprobación: 25 / 04 / 2014

Esta Guía de Práctica Clínica^(Figura 1) editada por la Conselleria de Sanitat valenciana en 2012 y coordinada por M^a José Avilés Martínez y M^a Montserrat Sánchez Lorente, tiene como objetivo reunir la mejor evidencia científica disponible en la actualidad en relación a la prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Tanto su realización, como en su posterior revisión, han sido llevada a cabo por profesionales con una amplia experiencia en distintas áreas relacionadas con la prevención y tratamiento de estas lesiones.

La guía⁽¹⁾ ha sido evaluada por la Comisión de Valoración de Documentos de Actuación Clínica de la conselleria de Sanitat, la Asociación Nacional de Enfermería Dermatológica e Investigación del Deterioro de la Integridad Cutánea (ANEDIDIC) y el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP), por lo que cuenta con dichos avales.

El documento, de 271 páginas, se estructura en 8 secciones:

- En la sección 1 se presenta la guía y se expone cuál ha sido la metodología de trabajo para su realización. Se explica cómo se han recopilado y seleccionado los documentos en base a los que se realizaron las recomendaciones. Para evaluar la calidad y fuerza de esas recomendaciones se utilizó el sistema GRADE.

- Sección 2: Está dedicada a la prevención, comenzando por la valoración del riesgo mediante escalas validadas y continuando con recomendaciones específicas sobre cuidado de la piel, cambios posturales, movilización, nutrición y dispositivos para manejo y alivio de la presión.
- Sección 3: Recoge las principales recomendaciones avaladas por la evidencia para el tratamiento local de las úlceras basado en la cura en ambiente húmedo. Incluye también recomendaciones en cuanto a nutrición, manejo de la presión y control del dolor.
- Sección 4: Aborda la prevención y tratamiento de las úlceras en la población infantil, tema recogido con escasa frecuencia en este tipo de guías clínicas.
- Sección 5: Se exponen aquí los principales sistemas de información y registro, incidiendo especialmente en los utilizados en la Comunidad Valenciana; incluye los indicadores de calidad recomendados.
- Sección 6: Refiere otras fuentes de documentación de interés en prevención y tratamiento de las úlceras por presión, tanto nacionales como internacionales.
- Sección 7: Incorpora 28 anexos de gran utilidad como: Escalas de valoración, algoritmos

de toma de decisiones, técnicas de cambios posturales y movilización...

- Sección 8: Finaliza con un glosario de los términos utilizados a lo largo del documento.

En definitiva, nos encontramos ante una guía que permitirá a los profesionales sanitarios, especialmente al personal de enfermería, ofrecer unos cuidados de calidad basados en la mejor evidencia científica disponible, para tratar de reducir la variabilidad en la práctica clínica y facilitar la toma de decisiones. Paralelamente se ha editado una “Versión rápida”^(Figura 2) de esta guía⁽²⁾, con 37 páginas en la que se recoge la información principal para que los profesionales puedan realizar consultas rápidas, frecuentemente necesarias en la práctica asistencial diaria.

Además también han editado una guía^(Figura 3) dirigida a pacientes y cuidadores⁽³⁾, en la que se expone de una forma sencilla y asequible, toda la información y recomendaciones principales que suelen necesitar los cuidadores, para una prevención de úlceras por presión adecuada, de forma que pueda servir como complemento y recordatorio de la educación sanitaria realizada por los profesionales de enfermería.

En resumen, estamos ante una obra objetiva, completa y muy bien estructurada, que interrelaciona y categoriza los cuidados a administrar, en función del grado de las últimas evidencias disponibles, por lo que es absolutamente recomendable, que seguramente esté llamada a ser referencia nacional en esta área de conocimiento.



Figura 2.- Versión Rápida de la Guía de Práctica Clínica



Figura 3.- Guía para Personas y Cuidadores

BIBLIOGRAFÍA

1. Avilés-Martínez MJ, Sánchez-Lorente MM (Coordinación). Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. Valencia. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2012. [Consulta: 15/01/2014]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_520_Ulceras_por_presion_compl.pdf
2. Avilés-Martínez MJ, Sánchez-Lorente MM (Coordinación). Versión rápida de la Guía de Práctica Clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. Valencia. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2012. [Consulta: 15/01/2014]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_520_Ulceras_por_presion_rapida.pdf
3. Avilés-Martínez MJ, Sánchez-Lorente MM (Coordinación). Guía para personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas y sus cuidadores. Valencia. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2012. [Consulta: 15/01/2014]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_520_Ulceras_por_presion_paciente.pdf

RECONSTRUCCIÓN DEL ÁREA DEL TENDÓN DE AQUILES, CON COLGAJO DE PIEL.

Sr. Director

Con respecto al artículo titulado: "Tendón de Aquiles desvitalizado secundario a proceso infeccioso", firmado por José Bonías López y Severiano Marín Bertolin y publicado en *Enferm Dermatol*⁽¹⁾

Quisiera felicitar a los autores del artículo ya que ha sido un trabajo arduo, que necesita paciencia, perseverancia y estudio.

La reconstrucción del área del tendón del Aquiles, con o sin tenorrafia o re inserción tendinosa al hueso, requiere una cobertura cutánea de buena calidad que permita el desplazamiento del tendón y evite el roce con el calzado; la cicatriz cutánea por tanto debe ser estable.

Es muy importante, al igual que en cualquier cirugía, el manejo adecuado de los tejidos blandos, especialmente de los bordes de la herida, evitando el machacamiento de los bordes con pinzas o separadores de piel, ya que el tejido subcutáneo en dicha zona es muy escaso. Además, la circulación es de tipo terminal a diferencia de las extremidades superiores y si esto no se tiene en cuenta en el momento de la cirugía, o no se pudiera evitar lesionar los tejidos durante la misma, se corre el riesgo de que los bordes de la piel se necrosen con posibilidad de una infección secundaria.

Si la herida no puede cerrarse en forma primaria y se trata de un defecto mayor, se debe realizar un colgajo (regional o libre), porque un injerto de piel no proporcionaría una adecuada cobertura al tendón, no siendo considerados como primera opción en la reconstrucción sobre la zona del tendón de Aquiles. Actualmente el empleo de Terapia de presión negativa (TPN) permite un cierre más temprano y posiblemente de mejor calidad, ya que el proceso inflamatorio se reduce.

En relación al caso en particular tratado en el artículo "Tendón de Aquiles desvitalizado secundario a proceso infeccioso" de J. Bonías y S. Marín, por lo que se aprecia en la primera fotografía, la piel de la pierna parece presentar inestabilidad, ya que se observa una piel indurada, posiblemente reseca, aunque se desconoce la funcionalidad del tobillo.

En mi opinión, lo primero a valorar sería la funcionalidad del tendón y del tobillo; en esta situación se puede realizar una ecografía de los tejidos blandos. Una vez descartada la lesión del tendón, debe realizarse un desbridamiento amplio con toma de cultivos cuantitativos de diferentes lugares anatómicos, ya que podría estar frente a la presencia de una biopelícula que quedó en estado de hibernación y se reactivó, algo similar a lo que sucede en una osteomielitis crónica (a veces la causa puede ser la presencia de material de suturas, grapas o material de osteosíntesis que actúa como cuerpo extraño). Debe descartarse también, la posible infección ósea (si hubo infección de tejidos blandos y posiblemente de tendón, la infección puede haberse extendido hasta el calcáneo donde se inserta el mismo). Con una radiografía simple de calcáneo podríamos descartar esta patología.

Una vez el lecho esté limpio y granulado, habrá que definir la cobertura; como se menciona en el artículo, la lesión ya había sido injertada previamente, pero posiblemente se produjo una cicatriz inestable que le producía costras de forma reiterativa; en este segundo episodio, en mi opinión, un injerto de piel no parece la mejor opción:

- Por la infección que ha tenido.

- Por el tamaño de la lesión.
- Por tratarse de una persona en etapa productiva.

En este caso la solución ideal sería un colgajo de piel, el cual aportará tejido de almohadillamiento, mejorará la irrigación de la zona y evitará la recidiva.

C.E. Attinger et al. publicaron en 2006⁽²⁾, una serie de 45 casos clínicos en donde se evaluaban comparativamente, "Injertos de piel VS Colgajos", en pacientes con tendón expuesto (pacientes diabéticos y no diabéticos), en los cuales colocaron injertos de piel con buena respuesta. Y aunque es un estudio pequeño, no doble ciego, es interesante porque muestra la importancia de un buen desbridamiento y la adecuada preparación del lecho de la herida para poder realizar el recubrimiento. En el caso original, los autores se apoyaron en sustitutos cutáneos, factores de crecimiento, TPN y oxígeno hiperbárico para lograr un tejido de granulación sano.

Debido al alto riesgo de re-ulceración de este tipo de lesiones injertadas, a nivel del tendón de Aquiles, se recomienda limitar dichos injertos a población anciana poco activa. Cuando se trata de personas jóvenes y sanas, debemos ofrecer una solución que pudiera ser más segura a largo plazo, como serían los colgajos libres o pediculados.

Estos investigadores encontraron también que el tiempo de cicatrización promedio desde la presentación inicial de la lesión a la cicatrización entre las diferentes modalidades de tratamientos no fue estadísticamente significativo.

Los pacientes a quienes dejaron cicatrizar por segunda intención eran pacientes inestables médicamente y no podían ser sometidos a cirugía posterior, con una capacidad de cicatrizar disminuida, y por tanto tiempos de cicatrización prolongados. Los pacientes a quienes se les hizo colgajo fueron por que el tejido de granulación no progresaba en su cicatrización o progresaba lentamente.

En general los pacientes que fueron injertados o se les realizó un colgajo previamente se dejó que se formará un tejido de granulación adecuado antes de tomar la decisión de realizar una cirugía. El tiempo necesario para el cierre de la herida con injertos de piel o colgajo, fue de 3 semanas. El tobillo del paciente fue inmovilizado por 3 semanas adicionales para garantizar que la reparación se mantendría a pesar del desgaste normal de la deambulación.

Carmen Elena Ruiz Henao
Unidad de Heridas. Clínica As Pías. Viveiro (Lugo)

Contacto: ruizhenao@yahoo.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Bonías-López J, Marín-Bertolin S. Tendón de Aquiles desvitalizado secundario a proceso infeccioso. *Enferm Dermatol*, 2013; 7(18-19):32-4.
2. Attinger CE, Ducic I, Hess CL, Basil A, Abbruzzese M, Cooper P. Outcome of Skin Graft versus Flap Surgery in the Salvage of the Exposed Achilles Tendon in Diabetics versus Nondiabetics. (*Plast Reconstr Surg*. 2006; 117 (7): 2460-7

RESPUESTA DE LOS AUTORES:

SOBRE RECONSTRUCCIÓN DEL ÁREA DEL TENDÓN DE AQUILES, CON COLGAJO DE PIEL.

Empezar agradeciendo a la Dra. Ruiz Henao sus amables comentarios relativos a nuestro trabajo "Tendón de Aquiles desvitalizado secundario a proceso infeccioso"⁽¹⁾.

El paciente objeto de la publicación referida sufrió una rotura del tendón de Aquiles en 1989 que fue tratada en otro Centro y por la que fue dado de alta en 1994. Después de eso, y durante casi 20 años, realizó una vida completamente normal, incluyendo actividad deportiva.

Recientemente sufrió un episodio de celulitis con resultado de pérdida de sustancia en el área Aquilea. El tendón quedó expuesto. Se descartaron colecciones profundas y osteomielitis. El paciente deambulaba con normalidad sin ayuda de apoyos y sin cojear.

Se ofrecieron al paciente diversas técnicas de cobertura, comentando con él las ventajas e inconvenientes de cada una de ellas. El propio paciente se decidió por un manejo no quirúrgico. El objeto del trabajo no es otro que el manejo conservador de una pérdida de sustancia en esta área tan problemática en el caso concreto que se describe.

Marín-Bertolin S⁽¹⁾, Bonias-López J.⁽²⁾

(1) Servicio Cirugía Plástica. Hospital General Universitario de Valencia.

(2) Centro de Asistencia Primaria "Fuente de San Luis" de Valencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bonias-López J, Marín-Bertolin S. Tendón de Aquiles desvitalizado secundario a proceso infeccioso. *Enferm Dermatol*, 2013; 7(18-19):32-4.